QUARANTIÈME ANNÉE — N° 1 — 1er JANVIER 1918

91496

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	5 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

VIENT DE PARAITRE

Les médecins et le décret du 14 septembre 1916

Brochure indiquant brièvement et clairement les droits et obligations résultant pour les médecins du décret sur l'importation, le commerce, la détention, et l'usage des substances vénéneuses, et contenant la liste des substances auxquelles s'appliquent les prescriptions du décret.

En vente aux bureaux du Journal et au Syndicat des médecins de Marseille, 3, Marché des Capucins, à Marseille.

Prix franco : **0 fr. 50.**

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 1. — A céder Delage 10 HP 1912, torpedo 2 places, roulé 30.000 km. Faire offres avec prix.

N° 2. — A céder bonne et sûre clientèle datant de 25 ans, à 18 km. de La Rochelle. Pharmacie, habitation confortable, parc et jardin. Dr Dubois, 1, rue St-François, La Rochelle.

Suite page XXII.

Quarantième année **N° 1** 1er Janvier 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Avis à nos Lecteurs.

Propos du jour.

Au seuil de l'année 1918. Nos restrictions et les privations des autres. Le sort effroyable de la Pologne occupée. Haut les cœurs ! 3

L'avancement des aides-majors de 1re classe, anciens de grade 6

Partie Scientifique

Médecine clinique.

Traitement du paludisme aigu et du paludisme chronique (cachexie palustre), par M. le Professeur GILBERT 6

Revue des Sociétés Savantes.

Méthode de Vincent dans les plaies de guerre. — Antiseptiques réguliers et irréguliers. — Essai de traitement général de la gonococcie. — Culture du bacille diphtérique par la méthode Martin-Loiseau. — Entraînement respiratoire par la spiroscopie. — Paralysie diphtérique avec réaction méningée. — Vaccination anti-typhoïdique. — La confusion mentale de guerre 12

Notes pratiques d'un médecin du front.

Essai d'hémostase opératoire sans ligatures, par le médecin-major A. SATRE 19

Correspondance

Un peu de tout. — Encore des satisfaits. — Les médecins inaptes devant les nouvellee décisions ministérielles. — Comment les médecins peuvent-ils se procurer des pièces de rechange pour leurs autos 22

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.

Au Fil de l'Actualité : Les Etudes médicales des étudiants mobilisés. — La clientèle médicale : Les médecins français en Alsace. — Les mécontents ont-ils raison ? 29

Documents officiels.

A l'Officiel : Questions et Réponses militaires 38

Partie Professionnelle

Médecine professionnelle.

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (*suite*) 33

Déontologie.

Le secret professionnel 42

Sou médical.

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration 45

Le Livre d'or du Corps médical Français.

Citations 46

AVIS A NOS LECTEURS

Depuis le 1er janvier 1917, le « Concours » ayant pu reparaître deux fois par mois, nous avons été mis dans l'obligation, en raison de l'énorme augmentation du papier et de la main-d'œuvre, de reprendre les abonnements.

Nous prions donc nos abonnés, qui ne l'ont pas encore fait **depuis cette date**, *de vouloir bien nous adresser leur renouvellement en un mandat de fr. 12. Notre périodicité étant anormale, l'abonnement ne prendra fin qu'après la réception du 52e numéro.*

L'ADMINISTRATION.

PROPOS DU JOUR

Au seuil de l'année 1918.
Nos restrictions et les privations des autres.
Le sort effroyable de la Pologne occupée.
Haut les cœurs !

A l'aube de la nouvelle année, nous ne formulerons pas de souhaits, car par trois fois déjà, les désirs, objets de nos vœux, ont été déçus.

Nous nous contenterons de regarder avec tristesse les colonnes de notre martyrologe qui s'allongent tous les jours, et de tourner les yeux avec fierté vers le front où nos confrères luttent d'héroïsme avec les vaillants défenseurs de la Patrie.

Si le rôle du médecin à l'arrière est plus modeste, il n'en est pas moins très utile et nous lui souhaitons, en ce premier janvier, de savoir remplir avec conscience et sagesse sa tâche de consolateur, de releveur de courages, nous allions dire de professeur d'énergie.

Pas n'est besoin, pour remplir cette tâche, d'affecter un optimisme hors de saison, de jouer le rôle sinistrement ridicule des « bourreurs de crâne » qui, par leurs vantardises stupides, ont fait plus pour affaiblir le moral de la Nation que toutes les organisations « défaitistes », subventionnées par la chancellerie allemande.

Non, pour maintenir le courage de nos populations, il suffit de montrer à chacun ce qui est l'exacte vérité : C'est que la France non envahie est sans doute le pays qui a le moins souffert *matériellement* de la guerre.

Au moment où les restrictions commencent à se faire sentir chez nous, où l'avis du médecin est réclamé pour la consommation du sucre et du lait, où le rationnement du pain provoque auprès du praticien mille réclamations de ses clients, mille demandes d'explications, mille récriminations de pusillanimes, il est du devoir de chacun d'entre nous de montrer que ces restrictions ont été supportées déjà un peu partout et que celles, bien légères que nous avons subies, ont été loin jusqu'alors, d'affecter la santé publique. Jamais à Paris, la mortalité n'est tombée aussi bas que depuis la guerre, si l'on en excepte la période de grands froids du dernier hiver où la pénurie de combustible a déterminé de nombreux décès chez les vieillards, les chroniques et les affaiblis (1).

Voyons, en nous basant sur des renseignements absolument certains, les privations que supportent les autres nations.

Chez les neutres, la disette est indiscutable.

Un de nos amis, à son retour de Suisse, nous racontait qu'il avait eu de sérieuses difficultés avec les autorités parce qu'il avait consommé, par erreur, le pain d'un repas supplémentaire auquel il n'avait pas droit.

Une personne dont la famille habite Copenhague, faisait en pleurant le triste tableau des privations que les Danois, même très aisés, doivent s'imposer pour vivre, tandis que la population nécessiteuse meurt littéralement de faim.

Chez nos ennemis, la situation, sur ce point, est depuis longtemps critique. Nous ne relèverons pas les renseignements qu'ont publié les journaux, renseignements dont on a, peut-être trop souvent à tort, suspecté la véracité et l'origine, mais nombre de nos confrères sont revenus d'Allemagne, ont vu, ont su voir, et ont pu nous donner des renseignements véridiques.

Le Dr X., à son retour de captivité, nous racontait, il y a de cela un an, qu'il avait pu constater dans une ville du Hanovre la pénurie absolue de vivres. Le marché n'offrait que des choux, des raves et des topinambours. Il a même assisté une fois à la vente extraordinaire d'une maigre chèvre qui fut payée 400 marks.

(1) La statistique officielle de la Ville de Paris note que le chiffre des décès de la 50e semaine de l'année 1917 s'est élevé à **753** décès au lieu de la moyenne ordinaire de la saison qui est **915**.

Récemment, un confrère, absolument digne de foi, qui avait été retenu pendant trois mois en Allemagne, affirmait y avoir vu vendre le fil à coudre au mètre au prix de 25 pfennig.

En Autriche, la disette serait épouvantable, s'il fallait en croire les numéros de décembre de l'*Arbeiter Zeitung*, mais, comme les appréciations de ce journal socialiste pourraient paraître excessives et tendancieuses, nous emprunterons à la *Nouvelle Presse libre* de Vienne le tableau des souffrances des populations de ce pays :

« On a l'impression, écrit ce journal dans son numéro du 12 décembre 1917, que maintenant que sont vaincus tous les ennemis de la monarchie, un ennemi intérieur reste à vaincre : dans les maisons, il fait froid ; les adultes ont une alimentation chaque jour moins suffisante ; aux enfants anémiés, les mères ne peuvent donner rien de ce dont ils ont besoin pour grandir ; ni lait, ni sucre, ni graisse, ni chaleur ». Jamais peut-être, depuis le début de la guerre, la situation économique de la monarchie n'a été si critique qu'au seuil de cet hiver. Il n'y a plus de stocks d'approvisionnements dans les villes, les récoltes n'ont pas été assez bonnes pour permettre d'en reconstituer ; d'ailleurs, la crise des transports suffirait à empêcher les administrations d'accumuler des réserves. Dans la conférence que les députés de Vienne ont eue la semaine dernière avec les ministres compétents, on a constaté le mal sans découvrir le remède. Le colonel, représentant l'office d'alimentation, a dû reconnaître que l'évaluation de la récolte roumaine, faite par les autorités allemandes, avait été exagérée. De l'Allemagne, on ne peut attendre aucun secours, et la Hongrie ne met aucune bonne volonté à écouter les appels de détresse qu'on lui lance.

Le *Temps*, du 17 décembre, qui reproduit cet article, nous apprend qu'à Gratz, l'usine à gaz a dû fermer faute de charbon et qu'il en a été de même durant plusieurs jours à Buda-Pesth.

L'état de disette, même de famine, serait terrible en Bulgarie et en Turquie, mais nous ne saurions accepter sans réserves tout ce que nous avons lu ou ce que l'on nous a dit sur ces deux pays, tant les faits dépassent la vraisemblance.

La région qui paraît avoir le plus cruellement souffert de la guerre est la Pologne, occupée par les armées austro-allemandes.

Un polonais de nos amis nous a transmis la note suivante qui donne sur la situation absolument dramatique de ce malheureux pays

des renseignements d'une indiscutable authenticité.

Nous publions cette note *in extenso* :

***

Un *Congrès de l'Approvisionnement*, réuni à *Lublin* (occupation autrichienne), a voté une résolution qui constitue un document des plus remarquables par la vigueur avec laquelle s'y trouve étalée toute l'horreur de la situation de la Pologne.

« Alors que l'industrie et les métiers se trouvent ruinés par la destruction des usines, par les réquisitions des matières premières et des métaux et de la houille, que le commerce se réduit chaque jour par l'introduction du monopole pour un grand nombre d'articles destinés à la consommation des masses populaires, que la production agricole s'affaiblit par suite de la destruction des bâtiments agricoles, le manque de bétail et d'engrais, la disparition des forêts, coupées sur l'ordre des autorités allemandes, que se tarissent d'une manière continue les sources de tout travail fructueux, que les prix s'accroissent d'une manière extravagante au point que la famine règne en maîtresse dans le pays, la Pologne se trouve menacée de catastrophes immédiates et pour un proche avenir, non seulement d'une ruine économique définitive, mais encore de la disparition de toute énergie vitale. »

Cette résolution donne *in nuce* le tableau complet de la situation du pays.

Les sociétés médicales en Pologne ne cessent de protester contre cet état de choses qui exerce une influence pernicieuse sur l'état sanitaire de la population. Un journal de Lublin publie des données démographiques sur la région, recueillies par les autorités ecclésiastiques. Il en résulte que les naissances ont diminué de 22,2 %, alors que la mortalité s'est accrue de 48 % !

D'après les données recueillies par le Comité pour la distribution de vivres, la population de Varsovie aurait diminué, dans le courant des trois premiers mois de l'année 1917, par suite de l'excédent de décès sur les naissances et de l'émigration, de 76.000 âmes.

La ville de Czenstochova comptait avant la guerre 80.000 habitants. L'administration allemande y a joint des faubourgs dont la population dépassait 40.000 âmes. D'après un recensement opéré en mars 1917, l'agglomération entière n'avait que 86.000 habitants, c'est-à-dire qu'elle avait diminué de 37.000 habitants.

Un congrès des hygiénistes polonais, réuni au mois de mai 1917, constata l'effroyable état sanitaire du pays. Il nota que le nombre d'enterrements à Varsovie qui était de 300 *par semaine* en 1914, dépasse en 1917 cent par jour (la population ayant diminué de 1/3 !). Il constata dans un rapport lumineux et basé sur un examen sérieux de faits que la natalité diminue partout de la façon la plus inquiétante, et que les enfants, dans une grande quantité de cas, viennent au monde *sans organes*, les mères affamées n'ayant pas assez de forces vitales pour que l'embryon puisse se développer normalement. Ce fait stupéfiant symbolise pour ainsi dire la tragédie sans nom du peuple polonais au cours de cette guerre qui doit lui apporter sa liberté et son indépendance nationale, et qui ne lui a donné jusqu'à ce moment que la misère la plus effroyable, la famine, le typhus, la mort !

***

Devant un tableau aussi navrant qui dépasse sans doute en horreur la situation, cependant terrible, de la Belgique et de nos départements envahis, que deviennent nos restrictions ?

Oserions-nous nous plaindre de l'insuffisance du sucre, du chocolat, des pâtisseries, de la pénurie du lait, des irrégularités de la vente du tabac ? Oserions-nous même faire état du rationnement du pain ?

Disons-le hautement, nous médecins, parce que nous avons le droit de l'affirmer : la France de l'arrière n'a pas encore *matériellement* souffert. Et quand nous apprenons par la voix de la presse que les Etats-Unis d'Amérique se rationnent pour pouvoir nous approvisionner, notre devoir, à nous médecins, est de dire dans chaque foyer à ceux qui se plaignent :

« Tournez les yeux vers le front, songez aux souffrances de nos poilus dans les tranchées glacées où ils veillent à notre sécurité.

Comparez votre sort à celui des autres nations. Pensez aux terribles malheurs des régions envahies, à la situation effroyable de la pauvre et innocente Pologne. Pour éviter le retour de pareilles calamités, il faut tenir. »

Haut les cœurs !

J. NOIR.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort brusque du **Docteur LEPAGE**, ancien secrétaire général de l'Association Générale des Médecins de France, Accoucheur des Hôpitaux de Paris, Professeur agrégé à la Faculté. Le *Concours médical* qui ne saurait oublier les services rendus par le Docteur LEPAGE qui fut un ami de la maison et un collaborateur de la première heure, adresse à sa famille l'expression de ses profondes sympathies. Dans un de ses prochains numéros, il consacrera à cet homme de mérite et de cœur, un article nécrologique.

L'avancement des aides-majors de 1re classe, anciens de grade

Nous publions aujourd'hui les états de services et notes de deux de nos sociétaires, aides-majors de 1re classe, anciens de grade, qui attendent toujours leur 3e galon.

Quand nous serons à *cent*, nous ferons une croix.

I

Dr X., 47 ans, aide-major de 1re cl. en 1905, 12 *ans de grade.*

A fait régulièrement toutes ses périodes d'instruction ; a, en outre, assuré le service médical de sa garnison du temps de paix pendant 528 jours en 15 ans.

Mobilisé le 2 août 1914.

Aux armées : du 2 août 1914 à juillet 1915.

Evacué pour maladie.

Affecté depuis à un hôpital du territoire.

Notes

1916. — « Capacité professionnelle : très étendue ; « manière de servir excellente ; connaissances mé« dicales approfondies, résultant d'une pratique ci« vile surtout médicale. S'acquitte à ma satisfaction « d'un service chirurgical, à savoir : pansements, « pose d'appareils, petites interventions. M. X. « a rempli seul, pendant un mois, les fonctions de « médecin-chef de l'hôpital.

1917. — « Médecin d'une valeur professionnelle « supérieure. *Fera un excellent médecin-major de* « *2e classe.* »

II

Dr Y., 50 ans, aide-major de 1re classe en 1904, 13 *ans de grade.*

Mobilisé en août 1914.

Affecté à des formations du territoire jusqu'en septembre 1916.

Aux armées de septembre 1916 à octobre 1916.

Blessé en service commandé le 9 octobre 1916.

Affecté de nouveau aux formations de l'intérieur et aux soins des populations civiles depuis janvier 1917.

A appartenu aux ambulances de la ...e D. I. citées à l'ordre du Service de Santé, en 1916.

Notes

190?. — (Notes antérieures à)

Noté en 1897 comme ayant de l'entrain et ayant fait preuve, pendant les manœuvres, d'un zèle et d'une bonne volonté remarquables. A hauteur de la profession médicale, mais sans connaissances administratives. Bon médecin et bon camarade.

N'a pas été convoqué depuis.

1904. — Inconnu. A été noté en 1902 comme bon praticien instruit et dévoué. Instruction administrative insuffisante. Apte à faire campagne.

1905-1906. — Inconnu. Non proposable, n'a pas accompli de période.

1908. — Praticien instruit, serviteur dévoué et désireux de bien faire, ayant de l'entrain et la vigueur physique nécessaires pour rendre d'excellents services à la mobilisation, dans un régiment du territoire ou dans une formation sanitaire de campagne.

1910. — Praticien d'une certaine valeur, ancien interne de l'hôpital. Convient à son emploi de mobilisation. *Présenté pour le grade de médecin-major de 2e classe* de l'A. Territoriale.

1914. — Bien noté au cours de ses périodes au point de vue professionnel et de la manière de servir. Proposé pour le grade de médecin-major de 2e classe de l'A. T.

1916. — Bon praticien, vigoureux, très travailleur, a comblé pendant son service à l'hôpital mixte, une grande partie des lacunes de son instruction administrative. Très actif, plein d'entrain. Apte à faire campagne. *Sujet méritant. Présenté pour le grade de médecin-major de 2e cl. A. T.*

Comment des médecins âgés, ainsi notés par leurs chefs, peuvent-ils rester à la traîne ? C'est un mystère dont nous demandons l'éclaircissement à Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat.

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉDECINE CLINIQUE

Traitement du paludisme aigu et du paludisme chronique (cachexie palustre).

Par M. le Professeur Gilbert,

(Clinique de l'Hôtel-Dieu).

Le paludisme, ou malaria, est une des plus importantes maladies du monde. Ce fléau de l'humanité a acquis, actuellement même, une diffusion telle qu'il n'est pas de médecin qui ne se trouve aux prises avec cette affection et qui n'ait intérêt à bien connaître son traitement.

Le paludisme évolue suivant deux grands modes dissemblables : le mode aigu, qui présente lui-même une série de variantes cliniques fort différentes les unes des autres, et le mode chronique.

Le premier type clinique aigu est celui auquel on a donné le nom de fièvre intermittente paludéenne. Il offre ce caractère de procéder par accès espacés les uns des autres et se déroulant dans trois stades successifs, stades de frissons, de chaleur, de sueurs. Les accès sont généralement matutinaux et — ce qui les différencie des fièvres intermittentes symptomatiques — ils se reproduisent d'une façon régulière, tantôt quotidiennement (fièvre intermittente quotidienne), tantôt tous les deux jours (fièvre tierce), tantôt tous les trois jours (fièvre quarte) tantôt tous les quatre, tous les cinq jours, etc.

Un second type de fièvre paludéenne est la fièvre palustre continue. Son diagnostic est plus difficile, par cela même qu'elle est continue. La fièvre a des rémissions incomplètes, et est en ce cas qualifiée de rémittente, ou ne comporte pas de rémission et évolue alors comme le ferait une fièvre typhoïde.

Un troisième type de fièvre paludéenne est celui qui a reçu le nom fièvre pernicieuse. Il s'agit ici de paludisme suraigu, foudroyant dans certains cas où la mort peut survenir en quelques heures, tantôt dans le coma (forme comateuse), tantôt au milieu de convulsions (forme convulsive), tantôt dans le délire (forme délirante), tantôt dans le refroidissement (forme algide), tantôt par arrêt du cœur (forme syncopale). L'accès pernicieux est caractérisé par sa soudaineté, sa rapidité, sa malignité.

Un quatrième type d'accès aigu porte l'appellation de fièvre larvée. Les accès fébriles y sont remplacés par des symptômes anormaux, la maladie est défigurée. Le plus souvent, c'est la modalité d'une névralgie à laquelle on a affaire. L'accès est remplacé par une névralgie, faciale ou intercostale, par exemple.

Quant au paludisme chronique, il tend à revêtir constamment l'aspect de la cachexie. Ou bien il est l'aboutissant d'un paludisme aigu, ou bien il s'établit d'emblée. Dans les pays à paludisme, la variété chronique d'emblée n'est pas rare. Les principaux symptômes du paludisme chronique sont l'anémie et la splénomégalie. L'anémie comporte ses troubles habituels, vertiges, bourdonnements d'oreille, perte des forces, amaigrissement, œdèmes et aussi pigmentations de la peau. La splénomégalie est considérable et peut rivaliser avec celle des leucémies spléniques. Elle s'accompagne parfois de splénalgies tenant à de la périsplénite. Les malades abandonnés à eux-mêmes succombent dans le marasme progressif, s'ils ne sont pas emportés par un retour aigu, ou une maladie intercurrente comme la tuberculose. Quelquefois, il se produit une rupture de la rate, spontanée ou consécutive à un traumatisme, parfois léger.

Nous allons envisager successivement le traitement qui convient aux diverses formes du paludisme aigu et au paludisme chronique.

Dans les fièvres intermittentes, le médicament auquel on doit recourir est, vous le savez, la quinine, l'alcaloïde du quinquina. C'est elle, d'ailleurs, qu'il faut employer dans toutes les formes aiguës du paludisme. La quinine constitue, dans le paludisme aigu, un véritable spécifique, comme est spécifique le mercure dans la syphilis, et l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu. La quinine exerce, sur l'hématozoaire de la malaria, une action spéciale, qui a été non seulement démontrée en clinique, mais aussi mise en évidence *in vitro*.

On emploie, non la quinine elle-même, mais ses sels. Il en existe un assez grand nombre. Les principaux sont les chlorhydrates, les sulfates et les bromhydrates, qui peuvent suffire sans qu'il soit besoin de s'adresser aux autres. Il faut tenir compte surtout de la teneur en quinine de ces sels, basiques et neutres, et de leur taux de solubilité. Certains sont très solubles : c'est à eux que l'on aura recours pour les injections intra-musculaires. De l'inégalité de richesse en quinine, résulte une posologie différente. Le bibromydrate ou bromydrate neutre, par exemple, contient 60 % de quinine, alors que le chlorhydrate basique en contient 82 %, soit une proportion d'un quart plus forte. Là où l'on donne 1 gr. de chlorhydrate basique, on devra donner 1 gr. 33 de bibromhydrate.

Dans les fièvres intermittentes palustres, on prescrira une dose quotidienne de 0 gr. 60 à 1 gr. de chlorhydrate basique ou une quantité correspondante des autres sels, en tenant compte de leur teneur en alcaloïde. On s'adresse à la voie buccale, en cachets habituellement. On fait prendre alors la quinine par intermittence, l'administration intermittente étant plus active que l'administration continue, évitant l'accoutumance. On sait que le prof. Fournier a institué, pour le traitement

de la syphilis, la cure mercurielle intermittente, avec des périodes de repos. M. Laveran a adopté le même principe pour les fièvres paludéennes. Comme il s'agit ici d'un état aigu et non chronique, les repos seront de courte durée. Voici le rythme proposé par Laveran, qu'il s'agisse de fièvre quotidienne, tierce, quarte ou de tout autre type. Les 1er, 2e et 3e jours, on donne du chlorhydrate de quinine, à la dose de 0 gr. 60 à 1 gramme ; les 4e, 5e, 6e et 7e jours, repos ; les 8e, 9e, 10e jours reprise de la quinine, à la dose de 60 à 80 centigr. ; les 11e, 12e, 13e et 14e jours, repos ; les 15e, 16e jours, reprise, aux mêmes doses de 60 à 80 centigr. ; les 17e, 18e, 19e, 20e jours, repos ; les 21e et 22e jours reprise (pour la dernière fois) du médicament, à la dose de 0 gr. 60 à 0 gr. 80.

Une question importante, sur laquelle on a *beaucoup discuté*, est celle de l'heure à laquelle *il est préférable* de recourir à la quinine. Trois opinions ont été soutenues. D'après la première, la quinine devrait être administrée immédiatement avant le frisson. L'heure du frisson est connue, puisque les accès reviennent à la même heure. D'après la seconde opinion (celle de Bretonneau), il faudrait, au contraire, administrer la quinine le plus loin possible de l'accès, une fois le stade de sueurs terminé. Enfin, d'après la troisième opinion, la quinine devrait être donnée de 6 à 10 heures avant l'accès. Eh bien, c'est à cette dernière opinion que l'on s'est rangé. On admet que la quinine doit être prise 8 à 10 heures avant l'accès, soit moitié 8 heures avant, moitié 10 heures avant la fièvre. Les études poursuivies dans ces dernières années sur l'absorption de la quinine et sur le développement des accès palustres, ont démontré que ce mode d'administration était particulièrement actif, qu'il tuait l'accès de fièvre dans l'œuf. La fièvre palustre est due à l'action de l'hématozoaire. Lorsqu'elle revêt la forme de fièvre intermittente, l'hématozoaire entre tour à tour en reviviscence et en involution.

Le but visé est de faire coïncider la saturation de l'organisme en quinine avec le commencement de la reviviscence du germe. Lorsque la quinine est prise par la bouche, c'est au bout de six heures que l'on trouve le maximum de quinine dans l'urine. D'un autre côté, quand on étudie la température dans les accès palustres et qu'on la note heure par heure, on voit que l'hyperthermie commence 3 heures avant le frisson. Le début réel de la fièvre a donc lieu 3 heures avant le début apparent (le frisson). Si bien que, si l'on fait prendre la quinine neuf heures avant le frisson, on fait réellement coïncider le maximum de saturation de l'organisme par la quinine avec le début de la reviviscence de l'hématozoaire.

Quoiqu'il en soit, la quinine opère dans les accès de fièvre palustre une action remarquable. Bientôt, au bout de quelques doses, ces accès sont retardés, puis atténués en intensité, pour disparaître ensuite. Cependant, il faut savoir que tous les cas n'obéissent pas à la quinine prise aux doses indiquées. Dans les cas rebelles, on ne doit pas craindre d'élever les doses, de les porter à 1 gr. 50 et à 2 gr., et même davantage. La quinine est peu toxique. J'ai connu une époque où l'on n'hésitait pas à la prescrire à la dose de 3 et 4 gr. dans la fièvre typhoïde. Autrefois, Boudin allait jusqu'à 8 et 9 grammes par jour, parfois. D'autre part, dans les accès palustres récalcitrants, vous emploierez les injections intra-musculaires du soluté de quinine renfermant 0 gr. 25 de chlorhydrate neutre de quinine par centimètre cube. Vous pouvez d'ailleurs, administrer le médicament partie par voie buccale, partie par voie intra-musculaire.

J'arrive aux fièvres continues palustres, rémittentes ou non. Ici encore, la quinine sera prise par la bouche, mais pas aux mêmes doses ni de la même façon. La continuité indiquant une infection plus accentuée, il convient d'employer des doses plus fortes, soit 1 gr. 50 à 2 gr. au lieu de 0 gr. 60 à 1 gr. On fera prendre le médicament non plus en une fois pour ainsi dire, mais en deux fois, moitié dans la matinée, moitié dans l'après-midi. Dès que vous aurez obtenu l'apyrexie, vous ne cesserez pas la quinine ; vous abaisserez seulement la dose et vous maintiendrez son action avec 0 gr. 60 ou 0 gr. 80 du médicament. Avec ce traitement, on voit, dans la fièvre continue palustre, la fièvre céder bientôt. Il n'est pas rare qu'elle soit calmée dès le deuxième jour ; en tout cas, elle cède toujours le quatrième jour, si bien qu'on a pu dire qu'une fièvre continue, rémittente ou non, qui n'a pas cessé le quatrième jour, n'est pas paludéenne. Bien entendu, dans la fièvre continue, comme dans la fièvre intermittente, on peut rencontrer des cas rebelles, qui réclament des doses plus élevées ou la voie intra-musculaire. Quand,

en face d'une fièvre continue qui persiste le quatrième jour, vous pensez qu'il s'agit de paludisme néanmoins, adressez-vous aux injections de quinine.

Considérons maintenant les accès pernicieux. Etant donné leur caractère grave, il convient de frapper fort. Laissant de côté la voie buccale, on administrera la quinine par voie hypodermique, ou intra-musculaire, ou intra-veineuse, ou respiratoire. La voie respiratoire est un mode assez inattendu d'emploi de la quinine. L'appareil respiratoire est parfaitement approprié à l'absorption des liquides. Un liquide, lancé dans la trachée, se perd dans les bronchioles où il est absorbé très rapidement, comme l'eau dans le sable. Il suffit de remplir de solution quinique une seringue de Pravaz, de perforer avec l'aiguille le ligament thyro-cricoïdien (ce qui n'offre ni difficulté, ni danger) et d'injecter la solution. Dans la forme algide, en raison du ralentissement de la circulation, la voie intra-musculaire est peu favorable. On aura donc recours à la voie intra-veineuse ou à la voie respiratoire. On injectera d'emblée 0 gr. 60 à 0 gr. 80 et on récidivera s'il est nécessaire, allant, dans les vingt-quatre heures, à 1 gr. 50, 2 gr.. 2 gr. 50 et 3 gr. même, s'il le faut, sans danger. Quand on ne perd pas de temps, on peut obtenir dans l'accès pernicieux des résultats quelquefois quasi-miraculeux.

Quant aux accès larvés du paludisme aigu, ils sont justiciables de la quinine par voie gastrique, en cachets, à la dose moyenne de 1 gr. par jour, moitié matin et soir. Cette dose pourra être élevée à 1 gr. 50, 2 gr. et davantage s'il est nécessaire. La thérapeutique, qui est curatrice, peut être ici révélatrice de la nature paludéenne d'un accident larvé. Dans les pays à paludisme, d'ailleurs, les médecins ont l'habitude de donner la quinine *larga manu* dans les états les plus divers, les hybridités où intervient le paludisme étant des plus communes : hybridités avec la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc.

Reste à parler du paludisme chronique, de la cachexie palustre. Trois médicaments forment la base de son traitement : le quinquina, l'arsenic et le fer. On y associera diverses pratiques physiothérapiques.

La quinine n'a plus, en pareil cas, aucun rôle. Elle est aussi peu efficace contre le paludisme chronique qu'elle est active dans le paludisme aigu. Le quinquina peut être prescrit sous des formes pharmaceutiques diverses : vin de quinquina, sirop de quinquina, tisane de quinquina et pilules d'extrait de quinquina. Le vin de quinquina se donne à la dose moyenne de 50 à 100 gr., de préférence à la fin des repas : ingéré avant le repas, il pourrait amener de la gastrite médicamenteuse. Le sirop s'emploie aux mêmes doses. La tisane se prépare avec 20 gr. d'écorces pour 1 litre d'eau et se prend par tasses. Quant aux pilules, elles se prescrivent ainsi :

Extrait de quinquina jaune. .	10 gr.
Poudre de centaurée.	Q. S.

pour 50 pilules. En prendre 5 par jeur (soit 1 gr. d'extrait.)

Le quinquina sera administré pendant longtemps, des semaines et des mois.

On donnera l'arsenic sous la forme ancienne, inorganique, ou sous la forme nouvelle, organique. L'arsenic inorganique s'administre en cures de 3 à 4 semaines, à doses progressives. On s'adressera, de préférence, à la liqueur de Fowler ou aux granules de Dioscoride. L'ancienne liqueur de Fowler était titrée à un milligramme d'acide arsenieux pour deux gouttes ; la liqueur de Fowler du nouveau codex renferme un milligr. pour trois gouttes. Elle est donc moins active. On donnera au début un milligramme et on élèvera à 2, 3, 5 milligr. Il est utile, dans certains cas, d'aller plus loin. Lorsqu'il y a intolérance stomacale, on peut recourir à la voie rectale : la liqueur de Fowler se prête admirablement à cet usage. Au cas d'insuffisance, on peut encore s'adresser au soluté arsenical de Bouchard pour injections intra-musculaires.

L'arsenic organique s'emploie en cacodylate ou en méthylarsinate de soude, qui sont surtout actifs par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. On les injecte à la dose de 0 gr. 05 que l'on peut doubler s'il y a lieu. La cure est plus courte que la cure d'arsenic inorganique ; elle comporte une semaine d'injections sur deux.

Entre les cures arsenicales se placeront les cures de fer. Des nombreuses préparations de fer, celle dont je vous conseille l'emploi est le protoxalate de fer. C'est un sel insoluble, bien toléré, qui n'entraîne pas de constipation et se prescrit en cachets de 0 gr. 10 ou 0 gr. 20. On y associe généralement l'acide chlorhydrique, qui en facilite l'assimilation, soit une

cuillerée à soupe, à la fin du repas de la solution suivante :

Acide chlorhydrique officinal....................	2 gr. 50
Eau......................	250 gr.

On pourra, quelquefois, associer l'arsenic et le fer sous forme de cacodylate de fer.

Cacodylate ferrique.	0 gr. 30
Eau...............	Q. S. pour 10 cmc.

Diviser en 10 ampoules. Injecter une, chaque jour, dans les muscles de la fesse.

On joindra, enfin, à la cure de quinquina, d'arsenic et de fer, les pratiques physiothérapiques. L'hydrothérapie sera écossaise, en jet brisé, que l'on ne manquera pas de projeter sur la région de la rate. S'il y a des douleurs de périsplénite, on y associera le massage avec douceur. Ne pas oublier, aussi, une bonne alimentation et une large aération. Il faut savoir cependant que le paludisme chronique est un état grave qui n'obéit pas aussi bien que le paludisme aigu au traitement. Ce n'est qu'à force de soins que l'on parvient à sa guérison.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Méthode de Vincent dans les plaies de guerre. — Antiseptiques réguliers et irréguliers. — Essai de traitement général de la gonococcie. — Culture du bacille diphtérique par la méthode Martin-Loiseau. — Entraînement respiratoire par la spiroscopie. — Paralysie diphtérique avec réaction méningée. — Vaccination anti-typhoïdique. — La confusion mentale de guerre.

— M. J. Martin lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *résultats de la méthode de Vincent dans le traitement des plaies de guerre.*

M. Martin estime que, malgré les brillantes observations publiées de sutures primitives, ce procédé ne doit être qu'un procédé d'exception, Il faut nettoyer les plaies chirurgicalement aussi complètement et aussi minutieusement que possible. Aucun antiseptique ne dispense de la stricte application de cette règle.

Parmi les moyens de stérilisation chimique, l'action antiseptique du pansement sec de Vincent est puissante. Elle n'est nocive, ni pour l'organisme, ni pour la cellule Sous son influence, les plaies guérissent avec une remarquable régularité. L'emploi de cette poudre est extrêmement facile et très peu coûteux. Toutes ces qualités font de la poudre boro-hypochloritée de Vincent l'antiseptique de choix en chirurgie de guerre.

— MM. Ch. Richet et Henry Cardot font à l'*Académie de médecine* une communication sur les *antiseptiques réguliers et irréguliers.*

MM. Richet et Cardot ont employé une méthode nouvelle, expérimentale, pour apprécier la valeur des antiseptiques. Ils ont pris pour base l'écart moyen de fermentation observé dans des liquides (lait, petit lait) fermentant en présence d'un antiseptique. Ils sont arrivés à conclure à l'existence d'une régularité ou d'une irrégularité de l'action antiseptique.

MM. Richet et Cardot mettent, à ce point de vue, tout à fait à part, une substance, le fluorure de sodium, pour laquelle, par une exception étrange, la régularité paraît très grande. Le fluorure de sodium est peu toxique, antiseptique à la dose de 2 à 3 grammes par litre, de prix de revient presque nul, et non offensif pour les cellules.

— M. Mélamet fait à l'*Académie de médecine* une lecture sur un *essai de traitement général de la gonococcie.*

M. Mélamet traite la gonococcie, qu'il considère comme une maladie générale, par une médication elle-même générale — injections intra-musculaires de solutions de permanganate de potasse et injections intra-musculaires de manganèse colloïdal.

— M. Aviragnet et Mlle Le Soudier font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *culture du bacille de la diphtérie* (*méthode Martin-Loiseau*).

Quand on fait des ensemencements de sécrétions prélevées dans la gorge ou dans les fosses nasales, on trouve assez fréquemment, à côté du bacille de la diphtérie, un bacille de forme à peu près semblable, dont l'inoculation ne produit pas de lésions diphtériques : c'est le bacille de Hofmann, appelé bacille en navette par Barbier, en grain d'orge par Martin. Pour différencier ces deux bacilles (ce qui offre une grande importance pratique) la meilleure méthode est celle qui a été préconisée en 1916 par L. Martin et Loiseau, c'est-à-dire la culture en tubes de Veillon (gélose profonde glucosée).

L'aspect de la culture varie suivant qu'il s'agit du bacille de Löffler ou du bacille d'Hofmann. Quand il s'agit de bacille dipthérique, on constate un semis abondant de colonies fines *réparties sur toute la hauteur du tube*, sans prédominance dans la zone d'aérobiose. Pour le bacille d'Hofmann, la culture est moins rapide, n'étant ordinairement visible qu'après 24 heures. Les tubes, gardés à la température de la chambre, montrent au bout de huit à dix jours un développement exubérant des colonies voisines de l'air.

M. L. Martin montre l'importance de la méthode qu'il a étudiée avec M. Loiseau. Le bacille diphtérique pousse sur toute la hauteur du tube de Veillon, tandis que les bacilles non diphtériques ne poussent qu'en surface.

M. Rist objecte que le procédé de M. Martin, très rigoureux dans sa valeur, a l'inconvénient de demander plusieurs jours. Or, lorsqu'il s'agit de dépister des porteurs de germes dans un corps de troupe, il y a un intérêt capital à être fixé rapidement.

— M. Paul Claisse parle à la *Société médicale des hôpitaux* des bons effets de *l'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique*.

La méthode spiroscopique, imaginée par M. Pescher et décrite par cet auteur sous le nom de procédé de la bouteille, a semblé à M. Paul Claisse être particulièrement indiquée et efficace dans la convalescence des affections aiguës pleuro-pulmonaires, chez les asthmatiques emphysémateux, ainsi que dans certaines insuffisances respiratoires névropathiques.

— MM. Oppenheim et Hallez rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *paralysie diphtérique avec réaction méningée*.

Il s'agit d'une paralysie diphtérique survenue chez un homme de quarante-sept ans, au décours d'une diphtérie sévère, paralysie qui a réalisé de façon très nette le tableau clinique pseudo-tabes. La ponction lombaire pratiquée assez tardivement, près de trois mois après le début de l'angine et deux mois après l'apparition de la paralysie, a montré une assez forte réaction lymphocytaire et une hyperalbuminose considérable.

Venant après les observations de M. Chauffard et de M. Ravaut, ce fait établit que les réactions méningées ne sont pas exceptionnelles au cours des paralysies diphtériques. Elles sont loin cependant d'être constantes. M. Marfan, par exemple, a eu cinq résultats négatifs dans cinq ponctions pratiquées par lui dans des cas de paralysies diphtériques généralisées. De même M. Netter et M. de Massary n'ont constaté, chez plusieurs sujets, ni lymphocytose, ni hyperalbuminose.

On peut donc conclure que, dans un certain nombre de cas, la paralysie diphtérique s'est accompagnée de réaction méningée assez intense. Cette constatation pose à nouveau le problème de l'origine centrale ou périphérique des paralysies toxi-infectieuses.

— MM. Armand-Delille, Paisseau et Lemaire présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *rôle de la vaccination anti-typhoïdique et anti-paratyphoïdique dans la disparition presque complète des affections typhoïdes et para-typhoïdes à l'armée d'Orient*.

Ces auteurs montrent le bénéfice considérable qu'a donné la vaccination anti-typhoïdique à l'armée d'Orient. Ils montrent en outre, l'importance de la vaccination mixte anti-typhoïdique et anti-paratyphoïdique.

Société clinique de médecine mental

I

La confusion mentale de guerre.

Etiologie, Formes cliniques, Séquelles, Pathogénie)

MM. Capgras, Juquelier, Bonhomme, médecins des Asiles d'Aliénés, ont présenté un rapport dont voici le résumé :

Préambule. — Depuis une vingtaine d'années, les travaux consacrés à la confusion mentale n'ont pas tant mis en relief l'aspect du syndrome confusionnel lui-même que :

1° La fréquence de l'association de la confusion et du délire onirique.

2° L'origine ordinairement toxi-infectieuse de cette association.

L'observation des faits constatés à la guerre semble avoir démontré, dans la production de certains cas de confusion mentale, le rôle prépondérant du choc émotif et surtout du choc traumatique des centres nerveux sans blessure extérieure (commotion cérébrale).

Elle montre plus généralement que si le syndrome confusionnel possède une unité clinique indiscutable, les origines et les conséquences de ce syndrome sont très variables.

Il est donc impossible de l'étudier indépendamment de ses causes et de ses séquelles.

Etiologie. — 1° *Le terrain.*

a) Prédisposition héréditaire.

Prédisposition toxi-infectieuse d'acquisition antérieure à la guerre.

b) Prédisposition acquise depuis la guerre déjà longue.

Il y a lieu de faire la part de ce qui appartient à la guerre dans la prédisposition, lorsque l'incident occasionnel paraît minime, afin de ne pas s'exposer à prendre une décision injuste vis-à-vis d'un combattant présentant une confusion grave.

2° *Les causes prochaines.*

a) Intoxication (alcoolisme, etc).

b) Auto-intoxication (épuisement, troubles gastro-intestinaux, etc.).

c) Maladie infectieuse (fièvre typhoïde, paludisme, etc.).

d) Le choc émotif et le choc traumatique, même minimes, agissent parfois comme incidents occasionnels pour déterminer l'heure d'apparition de la confusion toxi-infectieuse chez les prédisposés.

e) Dans une minorité de cas, l'émotion très violente, et surtout la commotion grave, paraissent avoir un rôle prépondérant, sans qu'on puisse invoquer la prédisposition.

De nombreuses formes cliniques peuvent être distinguées si l'on attache de l'intérêt à la prédominance de tel ou tel symptôme.

Symptomatologie. — *Début* : Généralement deux formes.

a) La confusion toxi-infectieuse à débnt rapidement progressif.

b) La confusion traumatique. Début brusque à l'ambulance ou à l'hôpital après une période plus ou moins longue de perte totale de connaissance.

Période d'état.

Désorientation. Perte de la synthèse mentale qui va rarement jusqu'à l'oubli de l'identité ou de l'état de guerre.

Stupeur ou Agitation motrice générale ou Logorrhée.	Manifestation de l'automatisme.
Ton affectif variable. Hallucin. visuelles. » auditives. » de déplacem. total. Illusions. Fausses reconnaissances. Délire imaginatif.	Contribuant à la *constitution* du délire de rêve.

Le délire est ordinairement un *délire de guerre* (bombardement, tranchées, attaques, cadavres, etc.).

olution, durée, terminaison.

Certains accès sont très brefs. *Ils peuvent avoir de graves conséquences au point de vue médico-légal.*

-- La mort survient parfois en pleine confusion (délire aigu), mais le pronostic découle de l'état général.

— Rarement, durée longue (un an et plus comme dans quelques cas observés dans les asiles) ou évolution insensible vers la confusion chronique.

— Le plus souvent évolution en quelques semaines vers la disparition de l'état confusionnel.

— La confusion semble disparaître plns vite dans le cas d'origine traumatique que dans le cas d'origine toxi-infectieuse.

Cependant, ces derniers évoluent plus aisément vers la guérison proprement dite après une période d'asthénie, de] dymnésie relative et d'hyperémotivité. Doivent être considérés comme séquelles proprement confusionnelles les troubles de la mémoire (amnésie lacunaire portant sur la période confusionnelle, rarement amnésie rétro-antérograde ou totale).

Séquelles. — 1° D'origine confusionnelle.

Amnésie — soit dysmnésie, soit amnésie totale, mais presque toujours amnésie lacunaire antérograde.

Rareté de l'amnésie rétro-antérograde persistante.

II. — Dues à un déséquilibre antérieur.

1° Psychoses secondaires : mélancolie, délire systématisé, démence précoce.

2° Aggravation d'un déséquilibre mental antérieur.

3° Psychonévroses diverses.

4° Quelquefois épilepsie surtout larvée.

III. — Hyperémotivité ; dans certains cas constitutionnelle, dans d'autres cas apparue à l'occasion et à la suite d'un état confusionnel.

Caractères du syndrome émotionnel : tremblements, tics, troubles vaso-moteurs, hyperhydrose, etc.

Inquiétudes — Phobies — Onirismes récidivants — Etats seconds — Fugues — Crises hystériformes.

IV. — Séquelles dues à la commotion.

Etat d'inhibition, d'inertie, avec épisodes d'exaltation automatique ; ténacité de ces phénomènes.

Leur intérêt au point de vue pathogénique.

Pathogénie. — L'origine toxi-infectieuse est indiscutable dans la majorité des cas.

Dans d'autres cas (exceptionnels), la désintégration de la synthèse mentale a paru être provoquée subitement par une émotion revêtant un caractère particulier d'intensité.

Mais, lorsqu'il y a commotion (ce qui est plus fréquent), est-ce encore l'élément émotionnel associé qui doit être tenu pour responsable de l'apparition des troubles mentaux, provoquant d'abord la perte de connaissance, puis la confusion ; et ces troubles, par conséquent, sont-ils purement fonctionnels ?

L'action traumatique directe paraît plus probable si l'on tient compte :

1° De la réalité du traumatisme aérien ;

2° Du fait que le nombre des observations de commotion accompagnée de lésion cérébrale ou médullaire est déjà considérable :

3° De la constatation à l'avant de signes organiques transitoires chez beaucoup de commotionnés qui, ultérieurement, ne présentent plus rien ;

4° De certains reliquats organiques plus durablest assez fréquents, sinon constants chez les commotionnés (modifications du liquide céphalo-rachidien, troubles du vertige voltaïque, paresse pupillaire).

La confusion se produisant chez les commotionnés quelques heures ou quelques jours après la sidération totale, peut-on expliquer son ap-



parition par un processus d'auto-intoxication rapide ? C'est une hypothèse dont l'avenir vérifiera l'exactitude. En tout cas, la *prédisposition* toxi-infectieuse ne paraît pas ici nécessaire.

Conclusions. — 1° Dans certains cas la confusion mentale est un état psychopathique aigu, transitoire habituellement, qui survient à l'occasion soit d'un traumatisme ou d'une émotion, soit d'une infection ou d'une intoxication, grâce à une prédisposition acquise et non congénitale, auto-toxique le plus souvent. Il faut considérer la guerre, de par sa durée déjà longue comme suffisante pour avoir créé ou aggravé singulièrement cette prédisposition. Il est donc très important pour le choix de la réforme convenable de préciser la part qui revient à la guerre dans l'apparition de ces accès.

2° Dans d'autres cas, la confusion mentale n'est qu'un épisode au cours d'une psychose ou d'une psychonévrose nettement constitutionnelle et par conséquent doit entraîner la réforme n° 2.

3° Une série d'émotions violentes peuvent déterminer un accès de confusion mentale suivie d'un syndrome persistant, révélant ainsi, aggravant ou même créant une constitution psychopathique.

La commotion est largement suffisante pour produire la *confusion* mentale et une série de troubles mentaux durables.

Ces faits doivent donner lieu à des propositions de réforme n° 1.

4° La disparition de la confusion n'implique pas la guérison totale : la confusion n'est qu'une des étapes psychopathiques par lesquelles passent le commotionné et quelquefois l'émotionné.

5° Il faut savoir rattacher à la confusion et surtout à sa cause, les désordres qui se produisent ultérieurement chez un confus en apparence guéri, au triple point de vue final : utilisation militaire, convalescence de longue durée, réforme quelquefois avec gratification.

6° L'avenir seul, nous fixera sur la durée de ces séquelles qui nous apparaissent comme fort longues.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le médecin-major A. Satre,
aux Armées.

Essais d'hémostase opératoire sans ligatures.

Chacun a pu être témoin, à l'occasion d'hémorrhagies post-opératoires, de la puissance hémostatique merveilleuse de la gélatine en injections sous-cutanées que nous ont fait connaître Dastre et Carnot en 1896.

Dès 1908, Chaput, avec son audace et son initiative ordinaires, tentait, non sans succès, d'obtenir par ce moyen l hémostase chirurgicale.

Sa technique, que nous avons plusieurs fois appliquée, consiste à injecter sous la peau de la cuisse 200 grammes de gélatine à 5 p. 100, en même temps qu'on commence l'opération.

Au cours de celle-ci, les vaisseaux sont saisis avec des pinces de Kocher qui sont laissées quelques minutes sur place.

Au bout de ce temps, on enlève les pinces, et la plupart des vaisseaux ne donnent plus.

Pour ceux qui donnent encore, on les saisit avec deux pinces de Kocher orientées perpendiculairement au vaisseau et placées l'une audessus de l'autre. Au bout de quelques minutes, la pince supérieure est enlevée, puis, peu après, la pince inférieure.

L'hémostase est alors complète, le caillot s'étant formé dans le canal intermédiaire aux deux pinces, dont l'endothélium est altéré par la pression de celles-ci

J'ai fait récemment un certain nombre d'opérations avec hémostase gélatinée, que je résume ci-dessous dans l'ordre chronologique :

1° *Résection totale du coude* ; deux artères musculaires donnent un jet assez fort. Elles sont pincées au début de l'intervention ; pas d'hémorrhagie. Pansement Carrel. Evacuation au 15e jour.

2° *Désarticulation de Chopart* : plusieurs artères sont pincées, sans aucune torsion. Pas d'hémorrhagie. Guérison.

3° *Amputation de cuisse à la partie inférieure du grand trochanter*, pour gros fracas du membre inférieur par éclats d'obus multiples ; je lie l'artère fémorale *seule* : aucun vaisseau secondaire ne saigne, et, comme je me trouve notablement au-dessus des lésions, je n'hésite pas à rapprocher les parties molles, glissant une simple mèche sous les lèvres de la suture cutanée. Suites simples. Blessé évacué le 8e jour, avec une plaie complètement fermée.

4° *Amputation de jambe (partie moyenne)* : l'artère tibiale antérieure saigne *en bavant* après l'ablation de la pince. Je la lie par précaution. Je lie également la veine saphène externe qui laisse sourdre un suintement persistant. Ni la tibiale postérieure, ni la péronière ne donnent. Le blessé est surveillé de très près, un garrot d'attente au-dessus du moignon Le soir, aucune hémorrhagie ne s'étant montrée, je suture ce dernier : drainage aux crins de Florence. Guérison.

5° *Désarticulation de plusieurs phalanges* pour mutilation grave de la main, produite par l'éclatement accidentel d'une grenade. Le blessé a beaucoup saigné en cours de route ; il saigne encore à l'arrivée dans l'ambulance. Intervention, après injection gélatinée, pincement des collatérales durant quelques minutes : *hémorrhagie complètement nulle*. Sutures secondaires au 5e jour.

6° *Résection totale du genou* : quatre grosses artères donnent un jet de trois ou quatre millimètres de diamètre. Elles ne saignent plus après cessation de la forcipressure. Dans la soirée, hémorrhagie peu importante, jugulée facilement par une nouvelle injection sous-cutanée de gélatine. Deux autres hémorrhagies très minimes, arrêtées, les jours suivants, par le même moyen. Blessé évacué un mois après, en excellent état, ses fragments au contact dans un appareil plâtré.

7° *Amputation de bras au tiers supérieur* : l'artère humérale, prise entre deux pinces, ne saigne pas lorsque je les enlève. Il va sans dire que je la lie cependant par prudence. *Aucune autre ligature.* Evacuation au 5e jour.

8° *Amputation de cuisse sous-trochantérienne* : la fémorale laisse écouler un *jet faible*, sans grande pression, après l'enlèvement des pinces ; j'en fais, bien entendu, la ligature. Une artère musculaire, qui saigne avec persistance, est liée également *Aucun autre vaisseau n'est lié.* Pas d'hémorrhagie. Dans les conditions ordinaires, une amputation de cuisse à ce niveau comporte de 20 à 25 ligatures. Guérison.

9° *Désarticulation de Lisfranc* : aucune hémorrhagie à l'ablation des pinces. Guérison.

10° *Amputation de jambe (tiers inférieur)* : ligature de l'artère tibiale postérieure seule. Aucun des autres pédicules ne saigne à l'enlèvement des pinces. Après une journée d'étroite surveillance, suture partielle. Guérison.

Est-il utile d'insister sur la portée considérable de ce procédé, dont les avantages seraient multiples s'il nous permettait quelque jour de nous passer des ligatures ? La durée des opérations se trouverait considérablement raccourcie. On n'aurait plus à compter avec la septicité, toujours à craindre, des fils à ligature, non plus qu'avec leur glissement. D'autre part, ainsi que le remarque Chaput, les ligatures sont des corps étrangers, qui, même aseptiques, favorisent la suppuration, car leur tissu privé de vie (catgut) n'oppose pas d'obstacle à la pullulation des germes. Enfin, les ligatures fatiguent l'organisme en irritant les nerfs des vaisseaux.

Bien que ce procédé ne puisse évidemment pas remplacer aujourd'hui *toutes* les ligatures, il faut retenir des faits précédents l'utilité qu'il y a à faire une injection sous-cutanée de gélatine à la fin de toutes les grandes opérations pour remédier au glissement des ligatures, aux hémorrhagies capillaires, et aussi pour tonifier les blessés, la gélatine ayant une valeur nutritive appréciable.

Paul Carnot, depuis l'introduction de la gélatine en thérapeutique, a, lui aussi, préconisé, à maintes reprises, l'hémostase chirurgicale par la gélatine ; mais il s'agissait surtout alors d'hémostase locale par application directe d'une solution de gélatine au contact des plaies viscérales (*par exemple, au cours de résections étendues du foie, du rein, etc.*).

Cependant, plusieurs fois, dès cette époque, il avait pu, par simple introduction dans la cavité péritonéale d'animaux en expérience d'une assez grande quantité de gélatine, pratiquer sans aucune ligature (ou après ligature transitoire au caoutchouc), des opérations intéressant des régions particulièrement vasculaires.

On ne saurait, sans imprudence, appliquer à l'homme des résultats purement expérimentaux ; à en croire, cependant, le même auteur, on serait en droit d'essayer, thérapeutiquement, les injections *intraveineuses* de gélatine.

Il n'a jamais osé les faire chez l'homme par crainte de coagulations massives. Mais, maintes fois, il a pratiqué chez l'animal (chez le lapin et le chien notamment) de très copieuses injections intraveineuses de gélatine, sans qu'il en soit résulté aucun accident. Bien mieux, il a systématiquement cherché à provoquer la mort de lapins par injections intraveineuses de 40, 50, 60 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 5 p. 100, sans pouvoir y parvenir ; cependant les lapins avaient ainsi reçu de 1 gramme à 1 gr. 5 de gélatine par kilogramme, ce qui correspond, chez l'homme, à une dose très considérable et bien supérieure aux plus hautes doses thérapeutiques employées.

Il semblerait donc que la crainte des coagulations massives (semblables à celles que l'on obtient si facilement par injections intraveineuses de certains sérums et surtout de certains extraits d'organes) fût exagéré pour la gélatine.

Mais je crois qu'on doit faire quelques réserves à ce sujet, car Dastre, Sackur, paraissent avoir obtenu des obturations vasculaires. Peut-être la diversité de provenance des gélatines explique-t-elle ces divergences de résultats.

Si la voie veineuse était utilisable, sans danger, chez l'homme, il est évident que cette voie de pénétration serait autrement efficace que la voie sous-cutanée, étant données la difficulté et la longueur de la résorption de la gélatine injectée par ce dernier mode.

Pour ce qui est du mécanisme de l'action hémostatique de la gélatine, il y a lieu d'insister sur ce fait qu'il n'y a pas similitude entre l'action hémostatique et l'action coagulante de ce produit. Encore moins peut-on admettre que la gélatine n'est hémostatique que grâce aux sels de chaux qu'elle contient, car, d'une part, on n'obtient pas avec les sels de chaux, aux mêmes doses, les mêmes effets hémostatiques (ni même coagulants) qu'avec la gélatine ; d'autre part, il n'y a aucune proportionnalité entre l'action hémostatique d'une gélatine et sa teneur en chaux.

La gélatine est hémostatique pour des raisons moins simplistes : il s'agit, probablement, d'un phénomène complexe, dans lequel la gélification et la viscosité de la gélatine jouent certainement un rôle ; on a pu, en effet, constater, expérimentalement que l'injection intraveineuse de gélatine augmente la viscosité du sang.

D'autre part, la gélatine, en injection intraveineuse ou sous-cutanée, semble augmenter la proportion de fibrinogène du sang (Moll). Enfin, il est facile de constater, sous le microscope, que la gélatine provoque une agglutination des globules rouges, démontrée par Sackur, Kaposi, Moll, et qui joue peut-être un rôle dans l'obturation vasculaire, dans la coagulation et dans l'action hémostatique. L'hémostase par la gélatine est donc un phénomène assez complexe.

Il semble, d'ailleurs, que les gélatines purifiées soient plutôt moins actives, à cet égard, que les autres (de même que, en sens inverse, les peptones purifiées provoquent moins facilement que les autres l'incoagulabilité du sang ; de même aussi que les extraits opothérapiques dissociés perdent, en grande partie, leurs propriétés).

Le mieux est donc, pour l'instant, d'utiliser en bloc les propriétés hémostatiques très remarquables, mais encore obscures de la gélatine ; à cet égard, les quelques essais d'hémostase opératoire que j'ai faits avec les injections sous-cutanées préventives de gélatine m'ont paru tout particulièrement instructifs.

CORRESPONDANCE

Un peu de tout

1° Je relève dans le *Concours* du 1er novembre 1917 sous la rubrique « A l'officiel », la question 16705 dont la réponse me laisse rêveur.

Ainsi donc, un avocat mobilisé a le droit d'accepter des honoraires ; un médecin mobilisé n'en a pas le droit. Comme ça sent bien la Justice (avec un grand J.) ! La voilà bien, la mesure unique, la belle égalité devant la Lôa ?

Et un peu plus loin, la question 16998 qui ne reçoit pas de réponse sur le point des honoraires.

2° La réponse au Dr R. ne me paraît pas conforme à la réalité.

Le règlement dit, si je ne me trompe, que pour être mis hors cadres, il faut fournir un certificat de visite et contre-visite attestant qu'on est indisponible pour plus de six mois.

La mise H. C. est prononcée pour 3 ans. On passera alors une nouvelle visite qui décidera de la réintégration ou de la radiation des cadres.

Si je me trompe, ayez l'obligeance de me dire *où vous avez puisé vos renseignements*.

3° *Est-il* exact que l'indemnité pour charges de famille soit indivisible ; c'est-à dire que si l'on cesse de toucher la solde avant la fin du 3e mois, on ne touche rien comme indemnité de charges de famille? Dr D.

Réponse

1° La réponse que vous nous signalez nous a frappés, comme vous-même. Nous en avons causé entre nous, et avec notre Conseil juridique.

Voici, croyons-nous, comment il faut envisager le sujet :

Il y a *des médecins militaires*, officiers pour la plupart, qui sont forcés d'exercer leur art là où l'autorité juge à propos de les employer.

Il n'y a pas d'*avocats militaires*. Et les avocats mobilisés le sont, soit comme hommes de troupe, comme officiers, dans les unités combattantes, dans la gendarmerie, etc.

Nul ne peut les contraindre à exercer leur profession d'avocat au bénéfice de tel ou tel.

S'ils se trouvent, exceptionnellement, appelés à plaider devant un Conseil de guerre, l'Etat ne les rénumère pas à ce propos, et il n'y a rien de choquant à ce qu'ils soient autorisés à accepter des honoraires de leurs clients d'occasion.

Nous persistons à être d'avis que les médecins de carrière ou de complément, touchant une solde de l'Etat, ne doivent pas recevoir d'honoraires, ce qui ne veut pas dire que nous pensons que les clients civils ne doivent pas

payer : nous avons traité la question à plusieurs reprises dans le *Concours*. Nous n'insistons pas.

2° La mise hors cadres est prononcée en cas de maladie demandant des soins prolongés, sur certificat médical de visite et de contre-visite. Peut-être en effet le réglement prévoit il une durée de 6 mois pour les soins nécessités par l'affection invoquée.

En tout cas, la position H. C. ne peut dépasser 3 ans. Mais l'intéressé peut être convoqué devant une commission, de 3 en 3 mois, et celle-ci peut à son tour prononcer la continuation de l'état actuel, la radiation des cadres, ou la réintégration.

3° Oui, il est exact que l'indemnité pour charges de famille se paie par trimestre échu.

Si le bénéficiaire de cette indemnité cesse d'être en solde avant le dernier jour du trimestre en cours, il perd la totalité de son allocation trimestrielle.

Encore des satisfaits

I

Votre dernier n° est parfait. Vous avez trouvé la note juste, cette fois, à mon très humble avis. Reconnaître les efforts du Sous-Secrétaire d'Etat, défendre au premier chef les intérêts généraux des malades et de ceux qui les soignent, lutter contre les fautes d'application des circulaires, accorder une petite place aux réclamations individuelles sérieuses ; éclairer gentiment ceux qui, sans réfléchir aux obligations présentes, ne se placent qu'à un point de vue trop égoïste ; voilà un programme complet et difficile à remplir. J'estime que vous l'avez rempli et je vous en félicite. Dr H.

II

Je lis toujours le *Concours médical* avec le plus vif intérêt. Je m'empresse de vous envoyer le mandat-carte de 12 fr. m'excusant de n'y avoir point songé plus tôt. Je ne saurais trop louer la façon dont vous soutenez nos intérêts, regrettant que quelques aigris trouvent à vous jeter la pierre. Sans trouver que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, le médecin du front, plus que tout autre officier, peut mettre un peu de philosophie dans son existence vagabonde et périlleuse. Point n'est besoin de regarder bien loin pour trouver plus malheureux que lui. Je parle du reste en connaissance de cause, ayant été, durant 20 mois, médecin de bataillon.

Encore une fois, mes vifs remerciements au *Concours* pour son inlassable dévouement à la cause médicale. Dr B.

Les médecins inaptes devant les nouvelles décisions ministérielles

La circulaire ministérielle qui a décidé que « l'inaptitude à faire campagne » serait remplacé par la mention « aptitude restreinte » a été bien accueillie, on le comprend. Le but du Sous-secrétaire de Santé est louable. Cependant, en créant cette « aptitude restreinte », laquelle sera contrôlée par un médecin-chef de gare régulatrice ou un médecin-chef de secteur, Monsieur Godart n'aura pas supprimé tous les abus ou injustices.

Voyons un peu. L'inapte, à son arrivée à la gare régulatrice, sera examiné, au point de vue de ses aptitudes, par le médecin-chef de la gare. C'est là que commence l'anomalie. La plupart du temps, les médecins-chefs des gares régulatrices sont des médecins de *l'active à 4 ou 5 galons, faisant très peu ou pas du tout de vraie médecine, et n'ayant jamais fait de service régimentaire au front, de service de bataillon.* Or ce sont de tels médecins qui auront à statuer sur l'aptitude d'un médecin à faire du service de bataillon. J'estime que, seul, le médecin qui a fait du bataillon, du régiment, peut juger de la fatigue inhérente à un tel service et des qualités de robustesse et d'endurance nécessaires pour assurer ce même service.

Je me pose donc les 2 questions suivantes :

— Comment un médecin, qui n'a pas éprouvé sur lui-même la fatigue du service de bataillon, peut-il apprécier justement le degré d'aptitude d'un médecin à remplir un tel rôle ?

— Comment un médecin qui, depuis longtemps (je parle en général), a abandonné la clinique pour la paperasserie, peut-il se faire une opinion exacte sur un inapte qui se présente, et dépister par exemple des lésions comme les lésions de pleurite ou de bacillose latente qui exigent un sens diagnostic affiné ?

Troisième question : Le médecin-chef de la gare régulatrice apportera-t-il toujours dans ses fonctions l'impartialité nécessaire ? N'apportera-t-il pas parfois à ses examens d'inaptes soit de la mollesse à bien découvrir la maladie, soit du parti-pris contre ceux qui, venant de l'intérieur, peuvent lui apparaître comme des tire-au-flanc, par conséquent à priori bons pour la tranchée ?

— Vous me direz : mais, l'inapte qui s'entend déclarer apte à un service qu'il croit ne pouvoir faire, l'inapte qui se sent réellement malade peut en appeler au médecin-chef de secteur. Je vous répondrai à cela que les médecins de secteur n'ont pas tous (je dirai la plupart) fait de service de bataillon ; que s'ils ont, en général, une compétence médicale, ils ont parfois un esprit d'équité et un zèle qui laissent à

désirer et qui font qu'ils préfèrent bien parfois se débarrasser d'un examen minutieux en déclarant le médecin malade « apte à tout service » c'est une façon comme une autre de liquider un importun... Et alors ? eh bien, il ne reste plus à l'inapte inapte vrai, malade réel, qu'à gagner la tranchée, son poste de secours.

Et que devient l'inapte malade au régiment ? C'est bien simple : si le secteur est un bon secteur, calme, le médecin tient, du moins quelque temps. Si le secteur est pénible, le résultat ne se fait pas attendre : le médecin est obligé de suspendre son service, puis on l'évacue !! C'est ce qui est arrivé à votre serviteur au bout de 3 semaines de service dans un bataillon, et c'est ce qui lui vaut le charme d'être soigné depuis un mois dans un hôpital pour bronchite aiguë et crises d'emphysème. Votre serviteur, après avoir été *reclassé apte sans examen aucun* de la part d'une commission des inaptes, qui, cavalièrement, faisait table rase des décisions antérieures des autres commissions le maintenant inapte depuis un an, c'est-à-dire depuis son retour d'Afrique, votre serviteur donc a eu à subir, à son arrivée aux armées, la « bienveillance » et les « avantages d'une auscultation profonde autant que minutieuse » d'un médecin-chef de centre hospitalier de l'active, évidemment désigné pour l'examiner et à 4 galons. Examen (si l'on peut ainsi appeler ce simulacre d'examen) qui se termina par une affectation dans un régiment 4 jours après. S'il dénonce les dangers de brimade auxquels expose le médecin malade et inapte le contrôle médical ainsi conçu, c'est qu'il a lui-même senti l'amertume de telles brimades.

Je conclurai en disant que l'examen des inaptes par un médecin-chef de gare régulatrice, puis par un médecin-chef de secteur, ou par un autre multigalonné quelconque, ne présente pas les garanties suffisantes pour que ces inaptes soient toujours à la place réclamée par leur état de santé. Et voici ce qui me semblerait l'idéal :

Une commission composée de trois médecins serait chargée de recevoir les inaptes à la gare régulatrice et d'examiner minutieusement les nouveaux venus.

Ces trois médecins devraient réunir 3 conditions :

La première, et l'essentielle : avoir fait *un séjour assez prolongé* dans un régiment d'active.

La seconde : avoir une compétence médicale reconnue (sans que pour cela on veuille y embusquer un officiel, un bon praticien a un sens diagnostic parfois supérieur !)

La troisième : avoir un esprit de justice bien affirmé et reconnu.

J'estime que ces trois médecins devraient être plutôt jeunes (car ils auront à examiner des médecins jeunes, prédisposés au régiment),

et choisis par exemple parmi les médecins déclarés inaptes après un long séjour au front.

Je n'ai pas eu en vue ici les médecins qui, affectés à des ambulances ou H. O. E. peuvent remplir ce rôle, même étant malades, en général du moins.

La question des inaptes, évidemment, est une question à résoudre. L'on doit faire la chasse aux faux inaptes, mais il faut bien se rendre à l'évidence que, malgré le désir très vif et très louable de mettre tous les jeunes à l'avant, il en est quelques-uns qui, malgré leur jeune âge, sont des inaptes réels. Pour leur donner une affectation, il ne faut pas tabler sur leur apparence de santé ou de jeunesse, mais sur l'état dûment constaté de leur tare. A moins qu'il ne plaise à nos Directions de santé d'envoyer dans les bataillons des malades pour les voir évacuer quelques jours après leur arrivée ! ! ! (1).

J. T.

(1) Il est bien entendu que le fait, par nous, de publier ainsi les remarques et les suggestions de nos correspondants n'entraîne pas fatalement adhésion formelle de notre part à leurs idées, ni approbation *de leurs critiques.*

Nous leur en laissons l'entière responsabilité.

Sous le bénéfice de cette réserve, nous devons à la vérité de reconnaître que nous savons pertinemment que la plupart des commissions médicales en usent avec une désinvolture regrettable à l'égard des opinions formulées par les médecins même les plus autorisés dont elles ont à examiner après coup les malades, et dès maintenant, nous joignons, contre leurs agissements, notre protestation à celle que le distingué médecin de la Charité, le Dr SERGENT, a formulée sans ambages dans *Le Monde Médical*, de novembre dernier.

Quand on pourra tout dire, il y aura encore de beaux jours pour Diverneresse...... et les experts !

(N. D. L. R).

Comment les médecins peuvent-ils se procurer des pièces de rechange pour leurs autos.

Je vous écris, en vous priant de me répondre par l'intermédiaire de la correspondance, dans le but d'amorcer la question qui doit intéresser beaucoup de confrères.

Les médecins qui assurent le service de l'arrière ont de plus en plus de difficultés à se procurer pour leurs autos des pièces de rechange ; beaucoup envisagent le moment où, faute de moyens de locomotion, ils vont être obligés de restreindre considérablement leur clientèle.

Ils ont beau produire des certificats, émanant de leurs mairies, attestant l'extrême urgence de leurs commandes ; peine perdue, les maisons d'auto font attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, la livraison de pièces qu'en temps normal on obtiendrait dans les trois jours.

Nul ne conteste ce qu'exige la Défense nationale ; mais c'est devenu une vérité courante que la plupart des constructeurs préfèrent tourner des obus que de fournir des pièces de rechange.

D'autre part, il paraîtrait que le service des

Forges use d'une sage lenteur pour mettre son visa sur nos commandes ; je sais qu'il y a des accommodements avec le ciel ; en mettant en mouvement un préfet, un sénateur ou un député, j'ai appris par expérience qu'on avait toute chance d'avoir satisfaction à bref délai ; mais c'est un procédé dont on ne peut user à jet continu.

Que faire ? Je vous ai déjà écrit à ce sujet et je suggérais de saisir de la question le Ministre de l'armement, par l'intermédiaire du Groupe médical parlementaire.

On pourrait demander pour nous, par exemple, que nos commandes soient transmises directement par les Préfets, sans passer par le service des Forges ; les établissements automobiles auraient ordre de nous donner un tour de faveur.

Autre point : certaines autos deviennent irréparables et il n'y a plus, en France, de construction automobile pour le civil.

Pourquoi ne désignerait-on pas une maison qui serait chargée d'entretenir les médecins de l'arrière ?

Nous ne demandons qu'un instrument de travail ; une mono zèbre nous suffirait.

Le médecin qui s'en rendrait acquéreur par l'intermédiaire de l'administration n'aurait pas le droit de la céder pendant toute la durée de la guerre.

Sans vouloir pousser les choses au noir, je crois que le moment est venu de faire quelque chose dans ce sens pour le Corps médical.

Dr Chesnay,
St-Aubin du Cormier.
(Ille-et-Vilaine).

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Les Etudes médicales des étudiants mobilisés

Cette question est actuellement agitée dans la plupart des organes de la presse médicale. Nous-mêmes, l'avons amorcée dans notre numéro du 1er décembre.

Elle est des plus importantes et mérite d'être examinée de sang-froid, sans hâte excessive, de manière à la résoudre au mieux des intérêts en cause.

Ces intérêts sont multiples et complexes.

Celui qui prime tous les autres réside dans la nécessité primordiale d'assurer aussi parfaitement que possible les différents services sanitaires des armées, et de maintenir en fonctions le personnel médical suffisant pour y faire face.

Mais les intérêts personnels des étudiants ne sont pas cependant chose négligeable. Nul n'oserait contester qu'ils subissent, du fait de la guerre qui a interrompu leurs études, un dommage considérable. Le temps passe. La fin du conflit mondial qui pèse sur nous n'apparaît, hélas ! pas comme prochaine. Ces jeunes gens vieillissent, et leur bagage scientifique, loin de s'enrichir, a certainement tendance à s'user.

Et puis, il y a aussi l'intérêt public dont il faut tenir compte, et qui demande que la jeune génération médicale qui exercera après la guerre soit assez instruite pour lui offrir toutes garanties.

Il ne fait donc aucun doute qu'il est indispensable de fournir aux étudiants en médecine les moyens de continuer leurs études, dans la mesure compatible avec les exigences de la situation militaire.

Mais il serait suprêmement regrettable que ces études soient incomplètes et sanctionnées par des examens... fantaisistes.

Or, bien que nous ne connaissions pas l'organisation à laquelle s'est arrêté le Sous-Setariat du Service de Santé, il nous paraît impossible que les formations sanitaires de la zone des armées se prêtent aux travaux de toute nature auxquels un étudiant doit se livrer pour acquérir une suffisante connaissance de l'art de guérir, dans toutes ses branches.

Nous apportons aujourd'hui notre contribution de praticiens à l'examen de l'organisation des études médicales des étudiants mobilisés.

Pour obtenir un résultat pratique, il nous semble nécessaire de sérier la question, en tenant compte du degré d'avancement de la scolarité des intéressés.

Etudiants dont la scolarité est terminée et qui n'ont plus que leur thèse à soutenir. — Nous sommes d'avis qu'il faudrait les ramener à l'intérieur pour trois mois, en les répartissant entre les six Facultés françaises.

Certains d'entre eux ont déjà terminé leur travail inaugural. Pour ceux-là, la soutenance n'apparaît plus que comme une formalité dont il y aurait lieu d'élaguer tout le superflu.

Pour les autres, nul doute qu'ils ne trouvent auprès des professeurs le meilleur concours pour choisir et traiter un sujet de thèse. Peut-être même ce sujet leur aura-t-il pu être fourni dans les centres hospitaliers militaires auxquels ils ont été affectés, et qui offrent un champ malheureusement inépuisable d'observations.

Etudiants dont la scolarité est terminée, mais qui ont encore à subir les examens de cliniques. — Il semble que le même régime pourrait leur être appliqué, en portant la durée de leur séjour à l'intérieur à 4 mois. Ils retourneraient ensuite aux armées, et, au bout d'un temps à déterminer, reviendraient de nouveau à l'intérieur pour préparer et soutenir leur thèse.

Etudiants dont la scolarité est terminée, mais qui ont encore à subir leur dernier examen de fin d'année (Thérapeutique, Hygiène, Médecine légale). — Même régime également, comportant un premier retour de 4 mois à l'intérieur pour préparer et subir l'examen de fin d'année. Renvoi aux armées pendant un temps à déterminer, et nouveau retour à l'intérieur comme précédemment pour les cliniques, puis pour la thèse.

Etudiants dont la scolarité n'est pas terminée et qui ont à subir d'autres examens que ceux qui

viennent d'être envisagés. — On pourrait les répartir entre les Facultés et Ecoles de Médecine du territoire pendant un temps suffisant pour accomplir les travaux pratiques correspondant au degré d'avancement de leurs études, et pour subir les différents examens auxquels ils sont arrivés, en leur accordant des séjours successifs à l'intérieur, coupés par de successives affectations plus ou moins longues aux armées.

Il va sans dire qu'il serait nécessaire de faire table rase des considérations relatives aux formalités d'immatriculation dans telle Faculté ou Ecole, en ce qui concerne surtout le passage de l'une à l'autre.

Il faudrait aussi que l'enseignement, orienté dans un sens essentiellement pratique, puisqu'il s'agit, au surplus, de former des praticiens, fût autant que possible dégagé de tout le superflu dont les circonstances exceptionnelles de l'heure permettent et commandent même la négligence. Que cet enseignement fût, dans les centres scolaires, organisé pour que pas une heure du temps des étudiants fût perdue.

Rien ne s'opposerait, semble-t-il, à ce qu'on procédât par roulement dans les envois successifs à l'intérieur et aux armées.

On nous objectera peut-être que nous traitons la question comme si la guerre devait continuer indéfiniment.

Nul plus que nous n'en souhaite la fin. Mais n'est-il pas particulièrement sage d'agir comme s'il en devait être ainsi ? Et nous contestera-t-on que si l'on avait envisagé la situation sous cet aspect au début de la campagne, si nous avions imité les anglais qui, en 1914, passaient des baux pour 3 ans, convaincus qu'ils étaient que la lutte serait longue et opiniâtre, bien des mécomptes auraient pu être évités ?

Quoi qu'il en soit, nous livrons nos propositions à nos lecteurs et notamment aux étudiants en médecine, les premiers intéressés, en leur ouvrant largement nos colonnes pour tous amendements, toutes suggestions, toutes contre-propositions qu'ils voudront bien nous adresser.

La clientèle médicale : Les médecins français en Alsace

Je vous demande la permission d'opposer quelques réflexions à l'article paru dans le n° 19 du *Concours Médical* sous le titre : « La clientèle médicale ; les médecins français en Alsace » sous la signature du docteur Georges Bourgeau.

Dans sa communication, notre confrère dit en substance : Nous, les médecins des départements envahis qui avons perdu non seulement le foyer, mais encore notre clientèle, avons des places toutes trouvées qu'une loi devra nous attribuer : nous deviendrons médecins de l'Alsace-Lorraine française.

Il motive : Il faudra balayer de l'Alsace-Lorraine les éléments allemands. Conséquence : Nombreuses places à prendre, peu de médecins, actuellement établis en Alsace, étant d'origine française.

Il voit, il est vrai, une difficulté : la question de la langue, mais la solutionne, en invitant ses confrères à apprendre l'allemand afin d'en user avec leurs clients alsaciens.

Bien entendu, les confrères des pays détruits restent libres de se réinstaller dans leur pays s'ils trouvent cette combinaison préférable.

Je répondrai au Dr Bourgeau : Vous faites une grave erreur, mon cher confrère, en estimant que les médecins, actuellement établis en Alsace-Lorraine, sont pour la plupart des Allemands.

A part la Faculté de médecine de Strasbourg dont le corps enseignant ne comporte, à quelques exceptions près, que des Allemands, le corps médical alsacien-lorrain est, dans sa grande majorité, composé d'éléments de vieille souche indigène.

Une explication, un renseignement : les jeunes gens alsaciens-lorrains bacheliers se sont portés, de préférence, depuis 70, vers la carrière, celle-ci offrant le plus de chances d'indépendance professionnelle et de détachement du fonctionnarisme allemand, lequel étend, peu ou prou, ses tentacules sur toute carrière, en Allemagne.

Ergo : pas d'illusions ! Ne croyez pas que du seul fait du balayage des Allemands, bien entendu, nécessaire, il y aura un nombre considérable de vacances.

Peut-être, pourtant, y aura-t-il une autre cause de grands vides, à laquelle vous n'avez pas songé (et les Allemands pourraient bien y avoir considérablement aidé en levant, spécialement, les Alsaciens jusque dans les plus vieilles classes), c'est la mort de nombreux de nos confrères de là-bas, emportés dans le grand cataclysme !

On verra cela après la guerre ! Laissez donc venir les choses ! Si, à ce moment, le cœur vous dit de vous établir en Alsace-Lorraine, redevenue française, vous serez les bienvenus ; car, est-il besoin de l'affirmer, nous sympathisons avec vous, plus que tous autres ayant souffert comme vous ; mais si j'avais un conseil à vous donner, je vous inviterais à vous établir plutôt

dans la zone linguistiquement française ou, encore, dans un des grands centres, l'idée d'aborder la clientèle rurale alsacienne en employant l'allemand me semblant... comment dirai-je ? .. mettons... hérétique.

Vous confondez le patois alsacien avec l'allemand et je ne suis pas bien sûr que, à l'instar de beaucoup d'autres, vous ne preniez pas l'Alsacien, ne parlant que son patois, pour un Boche.

Remarquez bien : de l'Allemand, nous en sortons ; Passait encore que l'Allemand nous parlât dans sa langue puisqu'il nous fallait la subir en même temps que lui, mais je vous promets que si vous, Français, vous usiez de cette langue en Alsace, vous vous couvririez de... ridicule !

Pour comble, vous proposez qu'une loi vous réserve des places médicales en Alsace-Lorraine, à vous, médecins des départements détruits.

Pourquoi, diable, voulez-vous pour l'Alsace-Lorraine des lois d'exceptions ?

L'Alsacien-Lorrain, ne l'oubliez pas, a acquis à travers des siècles de lutte, et surtout depuis 70, un caractère d'obstination et de défense.

Par instinct, par affinité de civilisation, à son insu peut-être, mais par toutes ses aspirations profondes, même le plus inculte d'entre eux, celui qui ne parle que son patois et ne connaît rien de la France, est français. De l'Allemand il reconnaît l'esprit d'ordre, de méthode, les vues favorables à l'expansion facile et judicieuse du commerce et de l'industrie, mais il le déteste cordialement pour ses manières, son arrogance, sa morgue, son sens de tout dominer et de se croire supérieur à tout. Il le déteste pour l'avoir vu venir chez lui en maître, disposant de tout et de tous, goinfrant, s'enrichissant, plastronnant, se pavanant, ridicule jusqu'à la mœlle des os.

Rappelez-vous que, pendant 40 ans, l'Alsacien-Lorrain a fait face à la tourmente, comme il a pu, abandonné qu'il était à lui-même ; qu'il a eu soin de souligner et d'accentuer son particularisme, par pur esprit anti-boche, faisant de son patois quasi une langue avec son théâtre, ses poésies, son art ?

Et vous voudriez réimporter l'allemand ?

Songez enfin que l'Alsacien-Lorrain a appris, durement appris, à ne rien devenir, à ne rien accepter malgré lui ! Et vous voudriez renouveler des lois d'exceptions ?

Je vous répète, laissez venir les choses !

Pour l'instant, les Allemands trépignent, jurent, crient, rusent, tel un maquignon madré qui ne voudrait pas rendre la belle bête qu'il a volée. Non, je ne la rends pas, — mais déjà il guette les gestes, épie les regards, escompte les marchés.

Quand, la guerre finie, l'Alsace-Lorraine sera redevenue française, ce jour-là, croyez-moi, mon cher confrère, devra commencer une œuvre de sage et prudente administration de mon pays, afin qu'à travers une période de transition, lentement, sans brusqueries, sans gaffes, sans exagérations ni en plus, ni en moins, il s'identifie avec le reste de la France et, devenu français lui-même, entièrement, complètement, rien que français, il soit pour vous, pour moi, pour tous, du Nord au Sud, du Rhin à l'Atlantique, le pays où l'on peut venir sans lois exceptionnelles, sans parler d'autres langues que le français, le pays où l'on est chez soi : la patrie.

Dr Kopp,
Médecin aide-major de 1re cl.
volontaire à l'avant.

Les mécontents ont-ils raison ?

I

Cinq heures du soir. Au fond de l'abri souterrain qui me sert présentement de logis et de poste de secours, j'achève la lecture de votre éditorial du 15 novembre sur « les mécontents ».

A ma droite et à ma gauche, les braves poilus de mon bataillon, tous échelonnés entre 40 et 45 ans, font bonne garde derrière les parapets et leurs réseaux de fils de fer ; et Dieu sait quel temps il fait avec ce mélange de pluie et de neige que le vent leur renvoie en rafales !

S'évadant de l'abri et de la tranchée, ma pensée s'en va quelque part, vers le midi de la France, d'où me sont arrivées tout à l'heure les trois lettres hebdomadaires de mes trois enfants, fille et garçons, tous pensionnaires que, depuis bientôt 40 mois, je n'ai jamais revus qu'à l'occasion de mes trop courtes et trop rares permissions de médecin de corps de troupes. Pendant ce temps, en un coin de sa Normandie, confortablement installé sans doute dans une salle de bridge, le jeune confrère embusqué « ménage sa jeunesse » en se lamentant sur la fadeur des communiqués ou la résistance amoureuse d'une de ses infirmières...

Je n'ai pas la prétention, à l'exemple de l'autre confrère mécontent, de m'ériger en censeur de ceux de nos jeunes camarades qui, à l'intérieur, apprécient la joie de vivre, ou de ceux qui, hors cadre par leur âge, se font les défenseurs des plus justes de leurs revendications : tant pis pour ceux qui ne comprennent pas ce qu'ont d'immoral certaines situations trop privilégiées ; tant pis aussi pour ceux qui font trop bon marché des droits du voisin sous l'unique prétexte qu'il est encore jeune.

Aux uns comme aux autres, également mécontents de leur sort, je voudrais simplement

dire ceci : si vous aviez autour de vous des vieux poilus condamnés à la vie de tranchées parce qu'ils ne furent dans l'avant-guerre ni ouvriers d'usines, ni médecins ; si vous aviez à votre actif et au loin de grands enfants capables de comprendre la belle leçon de l'exemple donné, en un temps où il y a mérite à le donner, vous vous garderiez bien d'étaler votre mauvaise humeur.

N'est-ce pas une satisfaction, et la plus précieuse, que celle du devoir consciencieusement rempli en des postes pleins de risques ? N'est-ce pas une récompense, compensatrice de bien des peines, que l'estime de ces vieux poilus qui connaissent vos droits d'âge et d'ancienneté à une évasion vers l'intérieur, et qui vous ont reconnaissance de votre obstination à rester parmi eux ? N'est-ce pas un dédommagement à vos privations que le surcroît de respect et d'affection qui vous vaut, de la part de vos enfants et aussi, disons-le, de la part du meilleur de notre clientèle, la leçon de volonté et d'énergie, conséquence de votre attachement au devoir ?

Territorial ou réserviste, médecin de 45 ans ou de 25 ans, si votre santé vient à flancher, toutes facilités vous sont données pour obtenir pendant plusieurs mois un poste moins périlleux ou moins pénible.

Territorial ou réserviste, si vous vous comportez à votre poste avec l'esprit de discipline et d'abnégation qui s'impose en ces temps difficiles, je doute fort que vous ne récoltiez pas un jour ou l'autre la citation ou l'avancement que vous méritez, si, toutefois, vous n'êtes pas trop indulgent pour vos mérites et trop sévère pour ceux des autres.

Le véritable mérite ne se mesure pas au nombre de mois passés « au front » : nous savons tous qu'il y a « front et front » comme il y a « fagots et fagots » ; l'essentiel est de ne pas lésiner avec l'exemple, avec la fatigue et, au besoin, avec le danger ; même avec des chefs réputés très difficiles, je n'ai guère vu de confrères, et j'en ai vu pas mal en 40 mois passés avec des corps de troupes, ne pas s'imposer à leur entourage par leur zèle, leur dévouement et leur digne tenue.

Plus qu'aucun autre, le médecin a aux armées la réputation qu'il mérite : il dépend de lui qu'elle soit bonne, mauvaise ou quelconque... La profession médicale s'est grandement honorée au cours de la guerre ; pourquoi faut-il que tant de bon renom et tant d'héroïsme menace d'être éclaboussé par l'habileté couarde de certains et le mécontentement à jet continu de beaucoup d'autres ?

Continuez, à vous faire l'avocat des plus anciens d'entre nous, des sacrifiés s'il en existe, des méritants s'il en est de méconnus, et laissez crier les autres. Dr F. D.

II

Il faut que je vienne en permission pour avoir l'occasion de lire le *Concours*, et ce double plaisir m'étant donné, je trouve immédiatement dans votre dernier numéro deux articles qui m'engagent à vous soumettre quelques réflexions sur ces problèmes qui depuis le début de la guerre nous préoccupent tous.

D'abord, permettez-moi quelques mots sur cette question si délicate de la relève des médecins.

Et tout de suite, un mot personnel. Je n'y suis pas intéressé.

Depuis le 2 août 1914 aux armées, je suis depuis vingt mois, après plusieurs demandes répétées, médecin de bataillon dans un régiment d'infantérie actif, et j'ai dû à deux reprises intervenir près de M. Godard en personne pour y être maintenu, alors qu'on m'avait relevé malgré mon désir formel de rester à mon poste. Donc, j'écris en toute indépendance.

Ceci dit, j'aborde le problème. Il faudrait de longues pages pour en envisager tous les points. Je vais essayer de résumer ma pensée.

D'abord, et avant toutes les critiques que je veux adresser au sytème, je reconnais bien volontiers qu'il est très juste que ce ne soit pas toujours les mêmes qui soient au danger et à la peine, et je concède donc à la relève une certaine légitimité.

Mais ce que j'admets moins, c'est la relève indistincte qui aboutit, comme cela vient encore de se produire dans une armée, à relever des jeunes gens de 22 à 30 ans.

Il y a une part de vérité dans la lettre, trop rude et trop absolue et en partie injuste, que je trouve dans votre article, signée Dr R....

Si tous ces étudiants en médecine ou jeunes médecins étaient combattants, parleraient-ils de relève ?

Je leur concède qu'ils n'ont pas le bénéfice de l'avancement, comme nos camarades combattants, mais ils ont tout de même une situation par beaucoup de côtés privilégiée.

De plus, il n'est pas niable que cette relève perpétuelle de médecins de bataillon, ou de médecins auxiliaires, ne donne une fâcheuse opinion, heureusement souvent injuste, de la corporation médicale à nos camarades combattants.

D'autre part, si simple qu'apparaisse à beaucoup le métier de médecin de bataillon, je suis de ceux qui pensent qu'il y a un apprentissage à faire, que seul un séjour prolongé permet.

Je pense également qu'il y a un gros intérêt pour le médecin de bataillon à connaître son bataillon, ses camarades officiers, tous les hommes de son unité et que ce n'est qu'en les con

naissant qu'il arrive à leur rendre le maximum de services.

Et ceci m'amène à parler de la relève des médecins plus âgés, de 30 à 40 ans, si vous voulez.

Elle a produit une conséquence détestable, à mon avis.

Cela a été de confier le poste de médecin de bataillon à des étudiants en médecine.

Certes, les interventions utiles, nécessitant l'expérience que donne la pratique, sont rares. Elles se produisent cependant, et même si l'étudiant en médecine avait la compétence, il n'a pas l'autorité nécessaire pour oser les tenter.

Et lorsque je parle d'autorité, elle joue un rôle bien plus considérable encore dans les rapports avec le commandement.

Un médecin de bataillon expérimenté, ayant un certain âge, obtient pour l'organisation de son service, pour le bien-être et la santé des hommes à lui confiés, ce qu'il veut ; on l'écoute lorsqu'il parle. On fait droit à ses demandes.

En est-il de même pour un jeune étudiant ? je ne crois pas.

Et puis, dans la vie quotidienne médicale du bataillon, est-il prudent de confier 6 ou 700 hommes à un jeune étudiant ?

Et puis enfin, je voudrais bien savoir pourquoi à 40 ans un médecin est vieux et hors d'état de faire campagne, alors qu'il n'y a guère de chefs de bataillon qui n'aient atteint la quarantaine ?

Donc, relève très prudente pour les médecins de 30 à 40 ans.

Pas de relève, sauf cas exceptionnels, pour les étudiants en médecine ou jeunes médecins.

Mais donnons aux dits médecins qui ont une situation qui, par ses périls et ses peines, n'est comparable à aucune autre situation médicale, des avantgges qu'ils n'ont pas.

Crions qu'il y a un abîme entre le médecin de bataillon d'une part, et les médecins d'artillerie, du génie, d'ambulances, d'H. O. E., etc., d'autre part.

Donc, qu'on lui tienne compte de ce fait pour l'avancement, pour les décorations, etc.

Et enfin donnez-lui une solde qui permette à sa famille de vivre.

Parmi les officiers combattants, il en est peu qui ne soient, au voisinage de la quarantaine, au moins capitaines, et il est bien évident que telle solde à un ou deux galons, qui suffira à un jeune homme célibataire, devient absolument insuffisante lorsque, comme c'est mon cas, on a une femme et cinq enfants.

Et il est certain que la pensée de voir les siens réduits à la mendicité n'incite guère à risquer sa vie.

Et le taux grotesque des pensions pour les veuves, pension d'ailleurs égale pour une femme seule et pour une mère de cinq ou six enfants ?

Excusez la longueur et le confus de tout ceci. J'aurais encore bien des choses à vous dire sur ce sujet et sur d'autres.

Ce sera pour une autre fois.

Dr L.

III

Je vous adresse ci-joint mandat-poste de 12 fr., montant de mon abonnement.

J'en profite pour vous témoigner mon admiration pour la sollicitude que vous apportez à la défense de nos intérêts, malgré les manifestations hostiles d'un certain nombre de confrères..., généralement empreintes d'un puéril égoïsme.

Aux auteurs des lettres insérées dans le texte de l'article « Propos du Jour » de votre dernier numéro (1), manque assurément la maturité d'esprit que confèrent l'âge, les charges de famille la pratique des gens et des choses et qui donne des habitudes de réflexion et de pondération que ne peut qu'accroître un long séjour dans les tranchées, en contact immédiat et permanent avec le danger.

Elles eussent évité au Dr R... l'impair confraternel que sa lettre accuse dans sa teneur générale, et en particulier dans le passage suivant : « Nous sommes parmi les rares professions exerçant notre métier. Nous avons, même dans les régiments, une situation privilégiée... »

Cette conception est absolument erronée, du moins en ce qui concerne le médecin de bataillon et même de régiment. J'estime, sans doute avec la plupart des confrères militarisés dans ces unités de combat après plusieurs années de pratique civile, que tout le temps passé ainsi est professionnellement perdu ; c'est même, à mon sens, l'une des considérations qui justifient le plus la relève et qui la justifieraient encore exceptionnellement pour les mêmes formations de l'arrière.

Maintenant, il est indéniable que nous occupons une situation privilégiée par rapport à la masse de nos concitoyens, mais ne sommes-nous pas des spécialistes, et les médecins de bataillon ou de régiment ne sont-ils pas plutôt défavorisés par rapport à la masse des spécialisés ? Il est évident toutefois que ces vérités et celles énoncées dans la magistrale réponse de votre Rédacteur en chef sont surtout tangibles pour les vieux médecins de complément, et seront difficilement accessibles aux confrères de l'active, et moins encore peut-être aux jeunes confrères fraîchement émoulus des facultés au début de cette longue guerre.

Dr A.

(1) N° du 15 novembre.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

17304. — M. Champetier, député, demande à M. le ministre de la guerre, comme suite à sa question écrite n° 16110, du 12 juin dernier, comment il se fait qu'un médecin, qui a contracté une maladie contagieuse en service commandé dans un hôpital de l'intérieur, puisse être mis hors cadres, sans solde, alors que la même mesure n'est pas prise pour un médecin qui a contracté la même maladie dans un hôpital de la zone des armées. (*Question du* 31 *juillet* 1917).

Réponse.— Aux termes de la réglementation en vigueur, seuls les officiers de complément évacués des armées à la suite d'infirmités provenant de blessures ou d'un fait de service, mais ne présentant pas les caractères de gravité et d'incurabilité susceptible d'ouvrir des droits à la pension de retraite, sont provisoirement maintenus en activité ; la question qui préoccupe l'honorable député est actuellement à l'étude.

(*J. O.*, 28 août 1917).

16448. — M. Doizy, député, demande à M. le ministre de la guerre à quelle date seront promus aides-majors les médecins récupérés par application de la loi du 20 février 1917. (*Question du* 26 *juin* 1917.)

Réponse. — Les nominations au grade d'aide-major de 2e classe des médecins récupérés par application de la loi du 20 février 1917, sont prononcées au fur et à mesure que les dossiers de propositions parviennent à l'administration centrale. Un certain nombre de ces médecins ont déjà été nommés.

(*J. O.*, 18 juillet 1917.)

17531. — M. Henri Galli, député, demande à M. le ministre de la guerre s'il n'y aurait pas lieu, en vue d'apporter plus d'unité dans le service, de nommer au grade d'aides-majors les médecins du cadre auxiliaire, actuellement adjudants, employés dans les hôpitaux comme médecins traitants. (*Question du* 18 *septembre* 1917.)

Réponse. — Aux termes d'une récente réglementation, les docteurs en médecine du service auxiliaire peuvent être nommés médecins aides-majors. (*J. O.*, 24 octobre 1917.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (1).

(*Suite.*)

Il faut choisir entre les lois de 1831 et du 17 avril 1916 ou la loi du 9 avril 1898.

Puisque, d'après les circulaires ministérielles, les hommes en sursis d'appel ont en cas d'accident leurs indemnités fixées par les tribunaux civils d'après la loi de 1898, tandis que les pensions militaires sont fixées par la loi de 1831, que ce point est nettement tranché par la circulaire du général Lyautey, ministre de la guerre, dans une circulaire publiée dans le *Journal* du 14 janvier 1917, en disant :

« C'est uniquement la loi de 1898, sur les ac-« cidents qui doit intervenir... *Cet état de cho-« ses fait que les accidentés ne sauraient préten-« dre à des congés de convalescence,* mais au seul « délai de guérison accordé par les médecins « traitants ».

Puisque ces accidents civils ne donnent pas, comme les accidents militaires, un titre de faveur pour l'obtention de certaines fonctions d'Etat, visés par la loi du 17 avril 1916,

Nous demandons s'il serait logique et équitable de dire à ces hommes :

» Nous vous appliquons la loi de 1831 lors-« que, en opposition à la loi de 1898 sur les ac-« cidents, elle vous prive de votre liberté en vous « internant dans un hôpital militaire, lors-« qu'elle vous prive du droit de choisir votre « médecin, en vous obligeant à être soigné par « le médecin de l'hôpital militaire, et vous fait « conduire militairement en promenade mili-« taire.

« Pour ces cas, nous vous considérons comme « des blessés militaires.

« Nous ne vous appliquerons pas cette loi de « 1831 lorsqu'elle vous donne droit à un congé.

« Nous ne vous appliquerons pas davantage « la loi du 17 avril 1916 qui donne un rang de

(1) Voir *Concours médical*, n° 23 du 1er décembre 1917, et n° 24 du 15 décembre 1917.

Petite correspondance

Dr A. à *Concours.* — Pourriez-vous me fournir le renseignement suivant : il existe des médecins du service auxiliaire — tels parce qu'antérieurement réformés et repris — leur santé ne leur permet pas de faire plus. D'autre part des médecins du service armé, inaptes antérieurement et actuellement aptes restreints d'après la nouvelle circulaire.

Je n'ai pas besoin de vous signaler la décision de la nouvelle circulaire, mais serais heureux de savoir, si à un médecin du *service armé apte restreint* il est permis avec un *motif suffisant* de rentrer dans la catégorie des médecins du *service auxiliaire*. Le travail que l'on demande à ces derniers est exactement le même que celui des aptes restreints.

P.-S. J'ai 32 mois de front. Ai été gravement malade d'une nouvelle atteinte aiguë sur une affection chronique, et suis susceptible d'être toujours bon comme la Romaine. *D'autre part, quand on est* sans chef, à qui adresser une demande de mise hors cadres. Car si on attend que l'on vous propose cette solution, on pourrait attendre longtemps, vu le manque de médecins un peu partout.

Réponse. — Un officier ne peut être versé dans le service auxiliaire. Il peut seulement être mis hors cadres ou rayé des cadres.

Puisque vous êtes actuellement sans affectation, vous pouvez demander, en vous adressant au Directeur du Service de Santé, à subir la visite et la contre-visite qui doivent précéder la mise hors cadres,

« faveur pour la nomination à certaines fonc-« tions de l'Etat, lesquelles comportent, en sus « du traitement, après 25 ans, une retraite s'a-« joutant à la pension militaire. (*Le Journal*, 30 janvier 1917, emplois réservés).

« Dans ces deux cas nous vous considérons « comme des accidentés civils.

« Par contre, nous vous appliquerons la loi de « 1898 seulement lorsque :

1° Elle ne vous crée aucun droit à un congé ;

2° Lorsqu'elle ne vous donne aucun titre à la nomination dans certaines fonctions ;

3° Lorsqu'elle vous expose à être condamnés à des frais judiciaires, si vous perdez votre procès. »

« En un mot, nous vous considérons tantôt « comme un *blessé militaire* (loi de 1831) tantôt « comme un *accidenté civil* (loi de 1898 et loi du « 17 avril 1916) pour vous faire supporter tous « les inconvénients de chacune de ces deux si-« tuations, sans vous faire bénéficier d'aucun « de leurs avantages. »

Préjudice pour les chefs d'industrie.

4° Les chefs d'industrie seraient en droit de dire qu'ils ne peuvent plus se faire renseigner sur l'état des accidentés par des médecins civils autorisés par le juge de paix, en exécution du § 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, puisque les médecins civils n'ont pas le droit de pénétrer dans les hôpitaux et infirmeries militaires.

C'est là une troisième violation de la loi du 9 avril 1898.

Préjudice pour les médecins civils.

5° Les médecins civils sont privés du droit, que leur reconnaît le § 2 de l'article 4 de ladite loi, de soigner les accidentés et de se faire payer au tarif ministériel par les chefs d'entreprises.

C'est une quatrième violation de la loi sur les accidents du travail.

C'est un gros préjudice qui est causé aux médecins civils qui, (soignant déjà à prix réduit les indigents, les nécessiteux, les réfugiés, les familles de mobilisés) ont beaucoup de peine à payer leurs impôts.

De sorte que le directeur du Service de Santé apporte indirectement une gêne dans la perception des impôts et par suite dans la défense nationale.

Ces médecins aussi pourraient être en droit d'intenter des actions en dommages-intérêts contre l'Etat en raison de la responsabilité que lui fait encourir le sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé.

Préjudice contre l'ordre social.

6° Ces ordres mettent en contradiction, d'une part le Service de Santé ; et d'autre part le Ministre des munitions et le Ministre de la Guerre.

M. le médecin directeur du service de santé de Paris prend plusieurs millions sur le budget de la guerre pour en faire cadeau aux assureurs et aux fournisseurs de l'armée.

C'est un cadeau annuel de 4 ou 5 millions fait au détriment du budget de la guerre par M. le directeur du Service de Santé en faveur des riches et puissants assureurs et des fournisseurs de l'Armée qui s'enrichissent non moins rapidement.

Il ne saurait s'en défendre en répondant que les frais nécessités par le traitement des accidentés dans les hôpitaux militaires, seraient remboursés par les employeurs, ou les assureurs.

En effet, les remboursements de ces frais ne pourront être exigés que dans les limites prescrites par la loi du 9 avril 1898 (art. 4), c'est-à-dire qu'ils ne pourront jamais dépasser 5 fr. 75 pour Paris

Or, avec l'élévation du prix des denrées pour la nourriture des accidentés dans les hôpitaux militaires et des objets de pansements dont le prix a décuplé, cette somme est notoirement insuffisante. Le supplément de la dépense retombe à la charge de l'Etat, en faveur des assureurs et des employeurs.

En outre, dans ce prix de 5 fr. 75 sont compris les honoraires médicaux. Voici donc les assureurs et les fournisseurs de l'armée déchargés des frais médicaux que la loi de 1898 a mis à leur charge. D'abord parce que les médecins militaires ne reçoivent pas d'honoraires, ni de traitement supplémentaire pour soins aux accidentés, ensuite parce que le prix de 5 fr. 75 par jour d'hospitalisation étant déjà insuffisant pour les frais de nourriture et de pansements, est à plus forte raison insuffisant pour comprendre les frais médicaux. Cependant une partie du traitement des médecins militaires devrait être remboursée à l'Etat par les chefs d'industrie dont les ouvriers vont être soignés par des médecins de l'armée, puisque la loi de 1898 met les frais médicaux à la charge des employeurs, si cette façon de procéder n'était pas inapplicable.

Ce sera de ce fait une très grosse économie pour les employeurs et assureurs.

1° Au détriment des blessés de la guerre :

Car les médecins militaires ne doivent leurs soins qu'aux soldats ou aux civils, manquant de soins par défaut de médecins civils. Mais les accidentés du travail sont dans des centres industriels où les médecins civils ne man-

quent pas ; une partie du temps des médecins militaires étant distraits pour soigner les accidentés, les blessés de la guerre en souffriront ;

2° Au détriment des médecins militaires,

Car on les oblige à un supplément de travail sans leur donner des honoraires supplémentaires qu'ils n'auraient du reste pas le droit de recevoir.

Tels sont les fâcheux résultats des ordres arbitraires du médecin directeur.

(*A suivre.*)

DÉONTOLOGIE

Le secret professionnel.

I

Les cartes de lait et le secret professionnel médical.

Les médecins sont appelés, à l'heure actuelle, à délivrer de nombreux certificats, notamment pour l'obtention des cartes de lait, pour les personnes, atteintes de maladies pour lesquelles cet aliment est indispensable, et ces certificats sont destinés à être remis aux mairies qui les exigent pour la délivrance des cartes. Dans certaines mairies, on exige que les certificats ne contiennent pas seulement l'affirmation qu'une certaine quantité de lait est nécessaire pour l'alimentation de l'intéressé, ou pour le traitement qu'il doit suivre, eu égard à son état de santé, mais encore l'indication de la maladie qui nécessite cette alimentation ou ce traitement.

Quelques médecins, pris de scrupules très respectables, se sont demandé si les règles légales relatives au secret professionnel ne pouvaient pas recevoir quelque atteinte d'une semblable rédaction des certificats ? D'autres, tranchant la question, ont rédigé leurs certificats en constatant la nécessité d'un régime lacté, et en indiquant la quantité de lait à consommer par jour, sans indiquer la maladie ?

Des administrations municipales ont refusé d'accepter des certificats de ce genre, exigeant cette dernière indication.

La question qui m'est posée est celle-ci : les médecins peuvent-ils se refuser à indiquer la maladie dans les certificats que leurs clients leur demandent pour les produire aux administrations municipales, afin d'obtenir la carte de lait ?

L'art. 378 du Code pénal sanctionne par des pénalités la violation du secret professionnel par les personnes exerçant certaines professions déterminées. Il détermine sommairement les circonstances dans lesquelles se produit la connaissance des choses soumises au secret.

Mais, pour l'application de ces dispositions aux innombrables cas qui se présentent dans la pratique journalière, on est obligé de chercher des règles dans la jurisprupence. Celle-ci est parfois flottante, dans certaines espèces particulièrement délicates. Elle évolue et se transforme. Mais on n'a pas d'autre moyen pratique de résoudre les difficultés qui peuvent se présenter chaque jour que de chercher, dans les solutions émanées des tribunaux, les principes qui s'y sont trouvés précisés.

On ne discute plus aujourd'hui sur les points suivants :

Le secret professionnel n'est pas prescrit uniquement dans l'intérêt du public, mais aussi dans un intérêt d'ordre public.

Le médecin, comme l'avocat ou le confesseur, peut ne point se considérer comme délié d'un secret, par le client ou le pénitent qui croit avoir intérêt à sa divulgation, mais qui peut ne point se rendre compte de la gravité des conséquences que cette divulgation pourrait avoir.

Mais le médecin qui, à la demande d'un client, rédige un écrit (tel qu'un certificat) dans lequel il relate les constatations d'ordre médical qu'il a pu faire sur un malade, et les résultats de son diagnostic, ainsi que ses pronostics, et qui remet ensuite cet écrit à son client, sans prendre lui-même aucune part à la divulgation de son contenu, ne peut avoir en aucun cas à s'occuper des règles relatives au secret professionnel, puisqu'il ne révèle rien à qui que ce soit. C'est le client et non le médecin qui donne la publicité, qui révèle une chose le concernant et qu'il croit avoir intérêt à révéler.

La situation offre des analogies avec celle qui peut se présenter en matière de diffamation publique. Un exemple récent, dans l'ordre des évènements politiques, nous permet de faire à cet égard un rapprochement frappant.

Un écrivain a adressé au Président de la République une lettre privée qui contenait des allégations de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération d'un homme politique. Aucune publicité, élément nécessaire pour l'existence du délit de diffamation, n'avait été donnée par l'auteur à son écrit. C'est un ministre qui en a donné lecture à la Chambre des députés, c'est-à-dire dans un lieu public, d'où par l'*Officiel* et les journaux, autorisés par la loi à rendre compte des séances publiques du Parlement, le texte de la lettre a été répandu dans l'Univers. L'auteur de la lettre n'a commis aucun délit, il n'est même complice d'aucun délit, puisque la publicité est le fait d'un tiers qui a agi en dehors de lui et non à son instigation.

Le médecin qui donne à une personne, sur sa demande, un certificat, même si le document contient des secrets dont la connaissance pourrait être dangereuse pour l'intéressé lui-même, ne participe à aucun titre à la perpétration d'un

délit de violation du secret, puisqu'il ne se livre lui-même à aucune divulgation, puisqu'il ne donne personnellement aucune publicité, même à l'insu de son client, à l'occasion de sa fonction.

C'est sur des considérations de cette nature que se base la jurisprudence de l'arrêt récent rendu par la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, le 26 mai 1914, ainsi résumé : « Les règles relatives au secret professionnel n'empêchent point une partie de verser aux débats (ou d'y laisser verser), suivant les circonstances, les certificats délivrés par le médecin qui lui a donné ses soins ou par les praticiens à l'examen desquels elle s'est soumise, (Sirey 1914, suppl. 1.83, Rec. acc du trav. 1914-15, p. 107).

Aucun médecin ne peut donc voir dans les règles du secret professionnel un motif de se refuser à indiquer dans un certificat qu'il remet à son client, sur sa demande, la nature de la maladie dont il est atteint.

Mais si le médecin juge qu'il y a intérêt, pour la santé du malade, à ne pas l'éclairer sur la nature de sa maladie ? C'est là une question toute différente, et qui n'a rien à voir avec la question du secret professionnel.

Aucun médecin n'est obligé de délivrer des certificats ni d'indiquer la nature de la maladie dans ses certificats.

Tout médecin peut donc, s'il le juge bon, refuser de délivrer un certificat ou d'y indiquer ce qu'il considère comme son devoir de ne point faire connaître au malade.

Les certificats délivrés par les médecins pour l'obtention des cartes de lait, doivent-ils être rédigé, sur papier timbré ?

La question se trouve résolue par deux réponses de la direction générale de l'Enregistrement en date des 27 novembre et 4 décembre 1917, dont il suffira de donner le texte :

Ministère des Finances.

—

DIRECTION GÉNÉRALE
de l'Enregistrement,
des
Domaines et du Timbre.

—

CABINET
du Directeur Général.

— o —

Monsieur le Secrétaire général,

Par votre lettre du 25 octobre dernier, vous demandez si, conformément à la tolérance actuelle de l'Administration, on doit considérer comme exempts de timbre, les certificats délivrés par les médecins, en vue d'assurer aux consommateurs privilégiés (malades, enfants et vieillards), les cartes supplémentaires de ravitaillement auxquelles leur état donne droit.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que ces certificats peuvent effectivement être établis sur papier non timbré. Ils rentrent, en effet, dans la catégorie des actes ou pièces nécessaires pour l'exécution touchant à un intérêt public. Dès lors, et bien qu'émanant de médecins particuliers, ces documents paraissent établis plutôt dans l'intérêt général que dans un intérêt purement privé et il y a lieu, par suite, de les admettre à bénéficier de l'immunité d'impôt accordée par l'art. 16, nº 1, dernier alinéa de la loi du 13 Brumaire, an VII.

Mais cette immunité ne peut leur être appliquée que s'ils indiquent, par leur contexte ou par une mention spéciale, le but en vue duquel ils sont délivrés.

Veuillez agréer,

Le Directeur général.

Département de la Seine.

—

DIRECTION GÉNÉRALE
de l'Enregistrement,
des
Domaines et du Timbre.

—

Direction de l'Enregistrement
et du Timbre
13, rue de la Banque.

— o —

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître, en réponse à votre demande, que les certificats délivrés par les médecins en vue d'assurer aux consommateurs privilégiés (malades, enfants et vieillards) les cartes supplémentaires de ravitaillement auxquelles leur état leur donne droit, sont exempts du timbre de dimension, par application de l'article 16, nº 1, dernier alinéa, de la loi du 13 Brumaire an VII.

Toutefois, cette immunité ne peut leur être appliquée que s'ils indiquent, par leur contexte ou par une mention spéciale, le but en vue duquel ils sont délivrés.

A Paris, le 4 décembre 1917.

Le Directeur de l'Enregistrement et du Timbre.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admission. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve des publications statutaires, de MM. les docteurs :

3959.— Capdevielle, de Pau (Basses-Pyrénées).

3960.— Dupeyrac, 93, rue du Paradis, à Marseille (Bouches du-Rhône).

3961.— Faligan, de Nantes (Loire-Inférieure).

3962.— Deschamps, de Bolbec (Seine-Inférieure).

3963.— Duhamel, de Plancy-sur-Aube (Aube)

Recouvrements d'honoraires.— Le Dr L. de-

mande l'appui pécuniaire dans une affaire de recouvrement d'honoraires, accidents du travail. pendante devant le juge de paix de son domicile, et non susceptible d'appel.

Le Conseil, étant donné que le Dr L. est mobilisé hors de son domicile, et ne peut se présenter lui-même devant le juge, accorde à titre exceptionnel l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 20 fr. la somme à concurrence de laquelle le « Sou » prendra à sa charge les honoraires du mandataire de son adhérent.

— Le Dr M. est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui condamne à lui payer intégralement sa note d'honoraires, le père d'un mineur auquel il a donné ses soins.

Le Conseil donne au Dr M. l'appui pécuniaire devant le Tribunal d'appel.

Accidents du travail. Affaire du cumul. — Plusieurs membres du « Sou » ayant demandé l'appui pécuniaire pour faire trancher de nouveau la question du cumul du prix de la visite ou consultation avec le prix des interventions, le Conseil a demandé au Dr G., au nom duquel a été introduit le pourvoi en Cassation actuellement pendant devant la Chambre civile et arrêté par la mobilisation de l'avocat de son adversaire, de bien vouloir faire une démarche, par lettre, auprès de M. le premier président de la Cour de cassation, pour hâter la solution de ce pourvoi, au besoin par la désignation d'office d'un avocat en remplacement de son confrère, mobilisé.

Cette démarche n'ayant pas donné de résultat à sa connaissance, le « Sou », par lettre signée de son président et de son secrétaire général, l'a rappelée à M. le premier président de la Cour suprême, en attirant son attention sur l'intérêt que la solution du litige présentait pour le Corps médical tout entier.

En réponse à cette lettre, M. le premier président a fait savoir que l'avocat des adversaires du Dr G., mobilisé, devait produire le mémoire en défense.

Il y a donc lieu d'espérer que l'arrêt de la Chambre civile, qui tranchera définitivement la question, pourra prochainement être rendu.

— Le Dr P. demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel formé contre son adversaire contre deux jugements qui ont admis le cumul.

Le Conseil accorde en principe l'appui pécuniaire demandé, sous réserve de l'envoi de la copie des jugements attaqués.

Assistance médicale gratuite. — Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr G d'une somme de 35 fr. 85 payée pour frais et honoraires de son avocat dans une affaire contre une commune, pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été donné.

Contrat avec une Société de secours mutuels. — Le Dr X. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre une Société de secours mutuels avec laquelle il est en litige pour l'application d'une convention qui lui alloue une somme parfaitaire par an et par membre de la Société.

Le Conseil, conformément au Règlement Intérieur du « Sou » décide qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'appui pécuniaire demandé, la convention forfaitaire avec une Société de secours mutuels étant contraire aux principes généraux admis par les Syndicats médicaux.

Responsabilité civile. — Le Dr Z., nouvel admis, demande si le « Sou » pourrait s'occuper d'une affaire de responsabilité civile pour soins donnés il y a plusieurs années, dont il est menacé.

Suivant les Statuts et Règlements, le « Sou » pourra lui donner tous renseignements et l'avis de son avocat conseil, mais ne pourra se substituer à lui pour la conduite de l'affaire, ni lui donner l'appui pécuniaire, les faits étant antérieurs à son admission.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citations.

A l'Ordre du Service de Santé du Corps d'Armée du 27 août 1917.

M. le médecin-major de 2e cl. QUIDET (Léon), médecin-chef de l'ambulance 6/3.

« Médecin-chef de l'ambulance 6/3, du début de la campagne jusqu'en janvier 1916, a toujours dirigé sa formation avec activité et dévouement. En a obtenu le meilleur rendement, notamment pendant les combats de Charleroi, de Guise et autour d'Arras en 1915, où son ambulance fonctionnait dans une zone fréquemment bombardée ».

A l'ordre du Corps d'Armée

Docteur FOURNIER (Théodore-Emile), aide-major de 2e classe au e... d'infanterie.

« A fait preuve d'un dévouement et d'un courage remarquables en pansant les blessés, sous « le feu de l'ennemi pendant les combats des « 15, 16 et 17 mars. (14 mai 1915).

A l'ordre du Régiment

Aide-major de 1re cl. FOURNIER (Théodore-Emile), du 2e groupe du e... d'artillerie.

« A toujours assuré son service avec un cou« rage et un sang-froid remarquables, en dépit « des bombardements les plus violents par obus « toxiques ou autres.

« En particulier le 14 octobre n'a pas hésité à « se porter sous le feu, au secours d'un canon« nier gravement blessé. Déjà cité à l'ordre. (29 « nov. 1917). »

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

UARANTIÈME ANNÉE — Nº 2 — 15 JANVIER 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année — N° 2 — 15 Janvier 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.

Nécessité de l'Unité d'action syndicale. Evitons de suivre l'exemple des Soviets. — Notre secret professionnel. Quelques cas de conscience........... 51

Partie Scientifique

Kinésithérapie.

La thérapeutique par les mouvements, par le Dr KOUINDJY.. 53

Revue des Sociétés Savantes.

Tétanos et froidure des pieds. — La dépopulation en France. — Le streptocoque et la suture des plaies de guerre. — Le compas Némirovsky pour la localisation des projectiles. — Traitement du psoriasis par les injections de soufre pur. — La diversité des méningocoques. — Un cas de réinfection syphilitique. — Seize cas de cranioplastie. — Les méfaits des chaussures à hauts talons. — Traitement des abcès cérébraux par auto-vaccin.— Traitement de la furonculose par l'étain colloïdal. — Le goitre exophtalmique des combattants. — La dyspepsie surrénale. — Projectiles du médiastin et du poumon. — Anévrysme artério-veineux de la fémorale. — Diverticule vésical contenant onze calculs — Priapisme à la suite de rupture du corps caverneux......... 57

Médecine pratique.

Dissolvant polyvalent des bouchons de l'oreille..... 62

Thérapeutique appliquée.

La médication antiphlogistique moderne. — Une nouvelle préparation martiale : la Ferrophytine.. 65

Bibliographie.

L'Asthme, par le Dr E. DELTHIL..................... 66

Correspondance

Affectation des vieux médecins R. A. T. à leur résidence du temps de paix. — Compétences. — A propos de la relève des médecins R. A. T. — Les médecins mobilisés ont-ils raison d'être mécontents. — Comment les médecins civils doivent se procurer du charbon. — Les Syndicats médicaux doivent être actifs et agissants. — Les médecins pères de familles nombreuses. — A propos des galons des médecins militaires. — Les tuberculeux à l'armée. — Medicus, medico lupus ? ?.... 69

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.

Au Fil de l'Actualité : L'Avancement des aides-majors de 1re classe, anciens de grade. — L'odyssée d'un garçon droguiste. — La hiérarchie des étudiants en médecine mobilisés. — Les médecins militaires — même de complément — doivent-ils être honorés par la clientèle civile ?.............. 77

Documents officiels.

A l'Officiel : Questions et Réponses militaires..... 84

Partie Professionnelle

Médecine professionnelle.

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (*suite*) 87

Déontologie.

Le secret professionnel.............................. 88

La vie syndicale.

L'augmentation des honoraires au Syndicat médical suburbain de l'arrondissement de Bordeaux....... 92

Jurisprudence médicale.

Assistance médicale gratuite. Application du Tarif départemental.................................. 93

PROPOS DU JOUR

Nécessité de l'Unité d'action syndicale
Evitons de suivre l'exemple des Soviets.

Un syndicat médical de province a demandé directement au ministre du travail la révision du tarif Dubief, sans saisir de sa demande l'Union des syndicats médicaux de France. Le ministre, sachant qu'il existait une Union des syndicats médicaux de France pour avoir reçu d'elle en de nombreuses et récentes circonstances de pressantes réclamations, a consulté à ce sujet le bureau de notre fédération. Le fait est assez piquant en lui-même pour être relaté.

Nous ne doutons pas des parfaites intentions du Syndicat médical qui a évidemment cru qu'il n'y avait aucun inconvénient à agir isolément, à faire ce que notre regretté Jeanne appelait « la guerre de franc-tireur ». Le tarif Dubief n'est évidemment pas en rapport avec l'élévation du coût de la vie et l'industrialisation intense de beaucoup de régions, due aux exigences de la guerre, fait que main syndicat médical, qui avait cru inutile de seconder nos campagnes sur les accidents du travail, trouve que cette question est actuellement d'un intérêt de premier ordre. Nous n'en disconvenons pas.

Mais si le Syndicat qui a fait une démarche directe auprès du ministre du travail, s'était adressé d'abord à l'Union des syndicats médicaux de France, on lui aurait appris que la Commission de révision du tarif Dubief comprend trois représentants du Corps médical ; que sur ces trois, l'un est mort : le regretté secrétaire général adjoint de l'Union des syndicats, Tourtourat ; l'autre est mobilisé : le Dr Decourt, président du Syndicat de Meaux, et le troisième le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris, est seul en mesure de prendre activement la défense de nos intérêts.

Nous ne doutons ni du dévouement, ni de l'énergie que mettra M. Bazy à soutenir les intérêts des praticiens. Mais nous savons par l'expérience du passé que les représentants des compagnies d'assurances sont très habiles lorsqu'il s'agit de plaider la cause de leurs

commettants et qu'ils sont passés maîtres dans l'art de tendre des embûches que plus d'une fois nos délégués ont eu beaucoup de peine à éventer.

Il ne serait donc pas prudent d'entreprendre la révision du tarif Dubief sans que le Corps médical fût assuré de disposer de tous ses moyens de défense à la Commission de révision.

Grâce à la loyauté de M. le ministre du travail, l'Union des syndicats médicaux de France n'a pas été prise à l'improviste ; mais, à d'autres époques, la demande d'un Syndicat médical isolé aurait pu, avec l'appui des Assureurs, être prise immédiatement en considération, et le Corps médical aurait un jour appris que, presque à son insu, des décisions importantes décidant de ses intérêts auraient été prises.

Ne suivons pas l'exemple des Soviets. Restons unis. Et puisque nous avons la chance de posséder une organisation, dont la guerre a rendu le fonctionnement plus difficile, c'est certain, mais qui néanmoins fonctionne et fonctionne activement, grâce au dévouement de quelques-uns (cela, on ne saurait le discuter), servons-nous en.

Un peu de discipline, un peu de cohésion, si nous voulons éviter de tomber dans les pièges de nos adversaires. Pas d'action isolée. Pas de politique à la mode des Soviets.

J. Noir.

Notre secret professionnel. Quelques cas de conscience.

Un de nos amis qui exerce à Paris, nous a raconté tout récemment qu'un wattmann du Métropolitain était venu le consulter. Cet homme, atteint d'une lésion aortique, est sujet à des crises angineuses redoutables. Il peut mourir subitement en conduisant son train et provoquer ainsi une terrible catastrophe. Notre confrère lui a demandé s'il avait subi un examen médical sérieux : « Pour la vue seulement » a répliqué le malade.

Bien que notre confrère lui ait vivement conseillé de cesser ses fonctions, bien qu'il ait averti la femme du wattmann du danger, il doute de voir ses conseils écoutés. Il faut vivre et le malade et sa famille ne paraissent pas absolument convaincus de la gravité de la situation.

Que faire ? Prévenir l'Administration du Métropolitain, le médecin-chef de cette Administration. Ce serait une violation du secret médical, et nous avons tous et toujours déclaré que ce secret était intangible. Aussi écrivons-nous cet article dans l'espoir que, tombant sous les yeux de Monsieur Qui de Droit, il provoquera un examen médical général et sérieux des wattmann avant qu'une catastrophe se soit produite.

Des exemples malheureux montrent combien il serait nécessaire de faire subir dans certaines professions un examen médical consciencieux avant de permettre à quiconque de s'y livrer.

L'on se souvient de l'accident de l'Autobus du Jardin des Plantes, précipité dans la Seine par le fait d'une absence (probablement épileptique) du conducteur.

Nous avons soigné de nombreux boulangers, pâtissiers, confiseurs phtisiques à expectoration abondante et de propreté douteuse ; nous avons vu des enfants scarlatineux, diphtériques, couchés dans l'atelier de leurs parents qui confectionnaient des vêtements d'enfants pour de grands magasins parisiens.

Nous avons vu découper et assembler des papiers destinés à envelopper des tablettes de chocolat de bonne marque sur le lit même d'un enfant atteint d'érysipèle, et nous avons encore vu fabriquer pour la mi-carême des mirlitons sur le lit d'un petit scarlatineux qui ne se privait pas de les essayer.

L'on s'étonne ensuite de la propagation des maladies contagieuses, comme l'on pourra s'étonner d'une catastrophe du Métropolitain conduit par un wattmann en imminence de mort subite.

Un intérêt social supérieur lie le médecin par le secret professionnel, mais le devoir des pouvoirs publics et des Administrations privées est de prendre toutes mesures utiles pour assurer la sécurité publique.

Et nous avons fait notre devoir en poussant ici un cri d'alarme.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

KINÉSITHÉRAPIE

La thérapeutique par les mouvements

par le Dr P. Kouindjy
Chef du Service de Physiothérapie au Val-de-Grâce

(Leçon faite au Val-de-Grâce)

Le massage méthodique.

Comme médecins auxiliaires des armées, vous serez appelés à donner vos soins dans quelques affections où le massage méthodique joue un rôle capital. C'est pour cette raison, qu'après avoir exposé la mobilisation manuelle, je m'arrêterai un peu plus sur le massage et sur son application dans le traitement des affections, comme l'entorse, les contusions, les gelures du pied, etc. D'ailleurs, je vous engage à profiter de l'occasion que votre séjour au Val-de-Grâce vous donne pour bien apprendre cette partie de la thérapeutique physique ; car, pendant votre enseignement médical, vous n'entendrez nulle part parler du massage. L'étude du massage est bannie de la Faculté. C'est une matière tellement inférieure, qu'aucun de nos maîtres de la grande Faculté ne daignera s'en occuper devant les élèves. Et pourtant le massage a rendu et rend d'énormes services dans la thérapeutique en général, et dans la thérapeutique des traumatismes en particulier !

Pour les uns, le massage provient du mot grec pétrir ; pour les autres, ce mot aurait son origine dans l'étymologie arabe, où « mas » veut dire pétrir. Quelle que soit l'étymologie de ce mot, ce qui est certain, c'est que le massage remonte à la plus haute antiquité. Il est plus que probable qu'avec le soleil et les exercices, les manœuvres massothérapeutiques formèrent les seuls moyens de guérir aux temps les plus éloignés de l'histoire humaine. C'est aux chinois que revient l'honneur d'avoir utilisé le massage d'une façon méthodique dans le traitement des diverses affections. Le Père Amiot, missionnaire, rapporta au 18e siècle, l'existence de la méthode kinésique utilisée par les bonzes du Tao-Ssé, connue sous le nom de Cong-Fou. Plus tard, à la fin du 18e siècle, prend naissance la méthode de Ling, connue sous le nom de gymnastique suédoise, et, enfin, dans la dernière moitié du XIXe siècle, le massage paraît comme agent thérapeutique, grâce aux travaux de Marey, Lucas-Championnière, etc.

Le massage méthodique comprend une série de manipulations, appelées manœuvres massothérapiques. Ces manœuvres sont : les effleurages, les pressions, le pétrissage, le tapotement, la percussion, la vibration et les mouvements passifs, actifs et contradictoires, ou mouvements avec résistance.

Les effleurages. — Cette manœuvre s'exécute :

1° Par la face palmaire des mains : effleurage palmaire ;

2° Par la face palmaire des doigts : effleurage digital ;

3° Par la face dorsale des mains : effleurage dorsal ;

et 4° Par la main en forme de bracelet ; effleurage en bracelet.

On peut choisir la forme des effleurages selon la position du blessé, ou bien selon ses propres préférences. Ainsi de nombreux massothérapeutes n'utilisent que des effleurages en bracelet, ou des effleurages palmaires ; d'autres emploient les effleurages digitaux.

Les effleurages peuvent être exécutés à la surface de la peau : effleurages superficiels ; à la surface des muscles : effleurages profonds ; ils peuvent être exécutés lentement, rapidement, par les deux mains à la fois, par une main après l'autre. D'où il suit que les effleurages peuvent être précipités, lents, simultanés et alternatifs. Les effleurages superficiels et précipités sont destinés à calmer la douleur, leur action est sédative ; les effleurages profonds accélèrent la circulation des muscles, leur action est mécanique.

Les pressions, destinées à activer la circulation propre du muscle peuvent être exécutées :

Par les doigts, pressions digitales ;

Par la face palmaire, pressions palmaires.

Et par la face dorsale de la main, pressions dorsales.

Les pressions digitales sont plus facilement exécutées. Les pressions peuvent encore être superficielles, profondes, rectilignes, circulaires, manuelles et bimanuelles.

Le pétrissage. — Pétrir ou malaxer la masse charnue du muscle.

Il est bimanuel ou monomanuel, léger ou fort. Une modalité du pétrissage est connue sous le nom de roulement ; on place les deux mains sur la masse musculaire, surtout des gros muscles longs, comme le quatriceps, de telle sorte que les deux mains se trouvent au niveau du genou ; on déplace ensuite avec la main supérieure la masse charnue du muscle transversa-

lement ; pendant ce temps l'autre main se déplace verticalement de bas en haut, en exprimant le muscle comme une éponge. En continuant simultanément les mouvements des mains de bas en haut, on finit par rouler le muscle entre les deux mains. Une autre modalité, connue sous le nom de foulage, consiste à fouler d'une main la masse musculaire sous une voûte formée par l'autre main. La manœuvre s'exécute de la façon suivante : Avec une main on saisit la masse charnue d'un muscle et on la relève de façon à former une voûte ; par l'autre on foule le muscle sous cette voûte ; en procédant de la sorte d'une extrémité à l'autre du muscle, on finit par le pétrir entièrement.

Les tapotements. — Sous cette dénomination je réunis les tapotements proprement dits, exécutés soit par la face palmaire des mains, soit par la face dorsale ; les tapotements, exécutés par la face palmaire des mains en forme de ventouses ; et, enfin, les percussions, exécutées avec les huit doigts des mains, disposés en gradins. Dans cette dernière forme du tapotement, les extrémités des doigts frappent la surface cutanée successivement l'une après l'autre et d'une façon rythmique. La percussion est supérieure aux autres formes de tapotement parce qu'elle arrive à frapper la surface massée entièrement et sans douleur.

Les vibrations. — On peut faire vibrer un organe ou un nerf soit avec les extrémités des doigts, vibration digitale, soit avec une main, vibration manuelle. Exécutée avec la main, la vibration est appelée vibration manuelle. Mais ces vibrations sont relativement restreintes.

On utilise en pratique la vibration mécanique avec des appareils mus par la main, comme les appareils de Liedbeck et de Carlsson de Stockholm, ou bien des appareils mus par l'électricité, comme la plupart des vibrateurs, développant de 1.000 à 10.000 vibrations à la minute. Quelques auteurs interposent entre le vibrateur mécanique et le malade une main destinée à atténuer l'effet de la pression de l'appareil ; cette manière de vibration porte le nom d'humanisation. La vibration est une manœuvre sédative et s'emploie surtout pour atténuer l'irritabilité nerveuse et pour stimuler la nutrition propre des nerfs.

Les mouvements passifs, actifs et contradictoires sont à peu près les mêmes, que nous avons utilisés pour la mobilisation méthodique des articulations, exposée dans notre précédente leçon.

Telles sont les principales manipulations massothérapiques utilisées pour exécuter un massage méthodique.

Il ne faut pas croire que ces manipulations s'emploient sans aucune base scientifique comme, d'ailleurs, le pensent un grand nombre de nos maîtres, qui, en général, ignorent de A à Z tout ce qui concerne la massothérapie. Puisque les circonstances ont voulu que vous soyez appelés à apprendre les notions élémentaires du massage, je profite de cette occasion pour vous parler de l'action physiologique et thérapeutique des manœuvres massothérapiques. C'est, peut-être, la seule fois que vous entendrez parler du massage, comme d'un agent thérapeutique ayant une base scientifique établie par l'expérience.

Ainsi, le massage méthodique est un agent thérapeutique ayant une action physiologique et une action thérapeutique basées sur l'expérimentation.

L'action physiologique du massage. — Mosenghil et Stourm injectèrent dans les deux genoux de plusieurs lapins de l'encre de Chine et soumirent une des pattes de ces animaux au massage.

Au bout d'un jour, de deux jours, de trois jours, ils sacrifièrent un animal et constatèrent que l'encre de Chine avait disparu du genou massé et que le genou non massé en contenait encore une grande quantité. En poursuivant leurs expériences, ils constatèrent la présence de l'encre de Chine dans les ganglions de l'aine de l'animal du côté massé. L'encre, par conséquent, sous l'influence du massage, quitta les genoux et infiltra les ganglions de l'aine grâce à l'action mécanique du massage.

Pour Piorry, cette action mécanique du massage débarrasse la peau de ses impuretés, rend la circulation capillaire de la surface cutanée plus libre et contribue ainsi à augmenter considérablement les échanges respiratoires de la peau. L'action mécanique du massage se résume donc par son action sur la circulation de retour des organes soumis à son influence. Un autre effet du massage sur l'organisme humain fut démontré par les expériences de Stapfer et de Romano. Ces auteurs ont prouvé que le massage abdominal léger, bref et entrecoupé de pauses, excite le cœur et les vaisseaux de l'animal, soumis à l'expérience : d'où il produit une élévation de la pression avec chaque excitation ; un massage fort et continu produit une cardioconstriction.

Dans le premier cas, il y a stimulation du cœur ; dans le second cas, il y a d'abord stimulation, ensuite, diminution de la pression.

Le massage abdominal produit, par conséquent, uue action réflexe sur le cœur. Il produit également une action réflexe sur les reins; car, grâce à lui et au massage des membres inférieurs, on obtient une notable augmentation de la diurèse ; c'est pour cette raison que Huchard appela le massage abdominal « la digitale de doigts ». *(A suivre).*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tétanos et froidure des pieds. — La dépopulation en France. — Le streptocoque et la suture des plaies de guerre. — Le compas Némirosky pour la localisation des projectiles. — Traitement du psoriasis par les injections de soufre pur. — La diversité des méningocoques. — Un cas de réinfection syphilitique. — Seize cas de cranioplastie. — Les méfaits des chaussures à hauts talons. — Traitement des abcès cérébraux par auto-vaccin. — Traitement de la furonculose par l'étain colloïdal. — Le goître exophtalmique des combattants. — La dyspepsie surrénale. — Projectiles du médiastin et du poumon. — Anévrysme artério-veineux de la fémorale. — Diverticule vésical contenant onze calculs. — Priapisme à la suite de rupture du corps caverneux.

M. H. Vincent fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *tétanos et la froidure des pieds*.

Le tétanos, devenu rare grâce à la sérothérapie préventive, se montre encore cependant dans certaines conditions déterminées. On l'observe, par exemple, avec des formes souvent graves, chez les militaires atteints de froidure ou de gelure des pieds. M. Chavasse a rapporté d'assez nombreuses observations de tétanos mortel survenu chez des soldats soumis à l'influence du froid humide, le tétanos ayant alors éclaté avec une allure suraiguë, malgré plusieurs injections préventives de sérum.

M. Vincent a étudié le mécanisme de l'action du froid humide en pareil cas. D'après ses expériences, qui remontent déjà à près de dix ans, c'est le refroidissement *local humide* qui favorise l'apparition du tétanos et non le refroidissement général. Des cobayes, préalablemeut injectés de spores tétaniques, contractent le tétanos si l'on fait macérer un membre de l'animal dans l'eau froide pendant deux heures.

Ces conditions expérimentales se trouvent réalisées chez les soldats séjournant dans les tranchées pluvieuses et froides de l'hiver. L'ensemencement du bacille tétanique se fait évidemment par les érosions ou les lésions ulcéreuses du tégument déterminées par la gelure elle-même. L'infiltration œdémateuse des tissus constitue un milieu nutritif parfait pour le bacille anaérobie, en même temps que le froid entrave l'action des leucocytes et ralentit la circulation, d'où l'insuccès du sérum.

La prophylaxie de ce tétanos se résume surtout dans la prophylaxie des gelures. Les gelures des pieds en question, comme nombre de médecins militaires — et M. Janot en particulier — l'ont noté, s'observent, non dans les froids secs, mais dans les temps humides et pluvieux. L'action du froid humide est d'ailleurs aggravée par la constriction des bandes molletières, cause de stase dans la jambe. M. Vincent recommande l'usage de chaussettes larges en bon état et soigneusement graissées avant le départ, le desserrement des bandes molletières pendant le séjour aux tranchées, ou mieux l'emploi de guêtres en toile imperméable, qui ne donneraient pas lieu à cette sorte d'étranglement de la jambe. Comme soins locaux, des frictions à l'alcool, et l'usage de la pommade formolée contre les gelures.

L'assèchement des tranchées par des pompes spéciales complètera ces moyens.

— L'*Académie de médecine* termine la discussion des rapports de MM. Ch. Richet et A. Pinard sur la *dépopulation en France*, par le vote des conclusions et propositions suivantes (résumées) ;

1° L'Académie de médecine demande qu'une propagande active, morale ou religieuse, soit instituée pour encourager la procréation de nombreux enfants ;

2° Elle proclame que, dans les moyens de répression du crime d'avortement, nulle atteinte ne peut être et ne doit être portée au secret médical ;

3° Elle estime qu'il est nécessaire d'interdire toute publicité provoquant au délit d'avortement et qu'il y a lieu d'apporter des modifications à la réglementation de la profession de sage-femme ;

4° Elle souhaite que, dans chaque département, soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes enceintes pendant les derniers mois de leur grossesse, dans des conditions leur assurant le secret si elles le désirent.

5° Elle indique que la décroissance de la natalité en France tient principalement à une restriction volontaire de la fécondité naturelle. Pour combattre cette volonté, il convient de compenser, par voie de primes ou d'allocations, les charges pécuniaires qu'entraîne la naissance d'un enfant.

L'Académie, toutefois, reconnaît que le système des primes est, à lui seul, insuffisant pour résoudre le problème vital de notre natalité :

a) Parce qu'il ne vise que les classes pauvres, où la restriction volontaire est moindre, d'ailleurs ;

b) Parce que les primes seront toujours ou trop faibles ou disproportionnées avec les ressources budgétaires.

Il importe, néanmoins, de poser en principe que ceux qui n'ont pas d'enfants ou en ont peu, ont pour devoir d'aider les familles en ayant beaucoup. L'Etat leur servira d'intermédiaire.

— M. Georges GROSS lit à l'*Académie de médecine* une note intitulée : *toute plaie de guerre qui ne contient pas de streptocoque doit être suturée.*

Les travaux de Tissier ont montré que la qualité seule des microbes contenus dans une plaie de guerre est importante, que chaque plaie possède un caractère microbien spécial, dont dépend son évolution.

Ce sont les grands anaérobies de la putréfaction qui déterminent dans une blessure de guerre l'infection putride, mais le développement de ces anaérobies demande l'existence d'un tissu contus et la présence simultanée d'aérobies. L'extension du processus gangréneux varie avec la nature du germe aérobie associé : dans les formes graves, l'aérobie associé est toujours le streptocoque.

Il en résulte pratiquement, dit M. Gross, la conclusion qui suit : toute plaie de guerre non infectée par le streptocoque peut être suturée primitivement, après un traitement chirurgical approprié, et doit guérir. On fera, en conséquence, des cultures de pus ou de sérosité. Si l'examen bactériologique révèle la présence de streptocoque, désunir toute plaie primitivement suturée. Dans les autres cas, ne pas toucher à la suture faite, après exérèse complète et large.

— M. POZZI présente à l'*Académie de médecine* un *appareil de localisation de projectiles* construit par l'ingénieur NÉMIROVSKY.

Ce compas permet de localiser un projectile en quelques minutes, sans aucune nécessité de mesure, calcul ou épure, supprimant ainsi les causes les plus frequentes d'erreur. Cet appareil a été employé avec succès à l'hôpital militaire du Panthéon, dans le service de M. Pozzi.

— M. L. BORY lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement du psoriasis par les injections de soufre pur.*

M. Bory pense que le soufre est un médicament spécifique du psoriasis. Il emploie une solution de soufre pur dosée à 2 milligrammes par centim. cube d'huile de sésame, qui est le dissolvant le mieux toléré par l'organisme. La préparation est injectée dans les muscles de la fesse, à raison de 8 à 16 milligr. tous les cinq à huit jours.

— M. NETTER fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *diversité des méningocoques*.

L'étude du méningocoque a fait l'objet de travaux nombreux dans ces dernières années. On a reconnu entre les divers méningocoques examinés des différences sensibles qui ont amené à constituer des groupements considérés par les uns comme des races et par les autres comme des espèces distinctes.

Deux types fréquents, (type A et type B) ont été établis. M. Nicolle admet des types C et D, exceptionnels. Au point de vue pratique, le sérum actuel de l'Institut Pasteur, qui s'adresse au type A, est sans action sur le type B. Il conviendrait de préparer un sérum A, un sérum B et un polyvalent A-B. Cliniquement, le sérum polyvalent serait appliqué le premier, jusqu'à ce qu'un diagnostic bactériologique ait établi le type du méningocoque en cause. On aurait recours alors au sérum approprié A ou B, ou C (Louis Martin).

— M. JEANSELME présente à la *Société médicale des Hôpitaux*, au nom de M. Yves KERMORGANT, une observation de *réinfection chez un syphilitique récent*.

Le cas de M. Kermorgant paraît bien présenter, dit M. Jeanselme, toutes les conditions requises pour admettre une réinfection spécifique véritable. Il résiste, effectivement, à une critique sévère et impartiale.

— M. LE FUR, dans un travail *sur 16 cas de cranioplasties* (3 cartilagineuses et 13 osseuses) conclut à la nécessité de la réparation des pertes de substance du crâne dans tous les cas où il existe une hernie cérébrale, des battements cérébraux, une cicatrice douloureuse adhérente au cerveau ou aux méninges, enfin dans les cas de troubles fonctionnels persistants et rebelles (céphalalgie, vertiges, troubles sensoriels ou moteurs épileptoïdes).

Il n'intervient en général que pour des brèches d'un diamètre supérieur à une pièce de deux francs, et en a réparé plusieurs atteignant ou dépassant même les dimensions d'une paume de main.

La cranioplastie cartilagineuse ne lui a donné aucun ennui ultérieur (pas d'épilepsie jacksonienne) et semble surtout indiquée au point de vue esthétique, pour combler des brèches frontales.

La cranioplastie osseuse par le procédé de la charnière doit être employée dans la grande majorité des cas.

La technique en est simple et facile et ce procédé donne d'excellents résultats à la condition de tailler un greffon large et épais comprenant toute l'épaisseur de la table externe du crâne.

En cas de cicatrices adhérant aux méninges ou au cerveau, il importe de disséquer avec grande attention le tissu cicatriciel pour ne pas ouvrir les méninges.

Sur les 16 cas de cranioplastie, M. Le Fur a obtenu 16 succès et guérisons définitives, sans aucune complication.

Dialyl
Soluble dans l'Eau :
" Cures d'eau dialylée "

TOUTES PHARMACIES

— MM. Quénu et Ménard font à l'*Académie de médecine* une communication intitulée : l'*influence de l'équinisme provoqué par les chaussures à hauts talons sur la physiologie de la station debout et de la marche.*

Les porteuses de hauts talons (pour des avantages modestes : rapetissement apparent et cambrure plus grande du pied, augmentation de stature) sont placées dans un état d'infériorité à plus d'un point de vue. Même si l'on omet les accidents pouvant résulter d'une équilibration médiocre (les altérations organiques et les déformations permanentes possibles du pied, par exemple) l'usage des chaussures à hauts talons est nettement défectueux, pour la station debout comme pour la marche. Il modifie les conditions de transmission de la charge aux os et aux articulations du pied dont il bouleverse l'architecture. Générateur d'attitudes vicieuses qui retentissent sur la colonne vertébrale et le bassin, il devrait être à ce point de vue plus spécialement déconseillé chez les sujets dont la croissance n'est pas achevée. Il est une entrave à la marche normale, dont il modifie le rythme et la forme, et il paraît être un défi aux règles d'une bonne hygiène.

M. Barrier appuie les conclusions de M. Quénu. Les hauts talons ont pour effet de redresser la voûte métatarso-calcanéenne, surchargeant les articulations métatarso-phalangiennes d'une partie du poids du corps que devrait normalement supporter le calcanéum. Il s'ensuit des modifications d'équilibre, une augmentation du travail musculaire, des déviations des courbures rachidiennes allant jusqu'à causer des troubles viscéraux.

M. Kirmisson s'associe également aux remarques de M. Quénu sur les dangers que fait courir à la santé l'usage des chaussures à talons élevés. Les femmes portant de ces chaussures présentent toutes une déviation très marquée du pied en valgus. La cause en est dans l'affaiblissement du triceps crural, du fait de la position d'équinisme, tandis que le long péronier latéral, devenu prépondérant, entraîne le pied en dehors. Il en résulte un défaut d'équilibre, un affaissement de la voûte plantaire, les crampes et des douleurs.

M. Linossier a vu des albuminuries orthostatiques être influencées défavorablement par le port de talons hauts.

— MM. Villandre et Rochaix lisent à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement des abcès cérébraux suite de plaies de guerre par auto-vaccin.*

MM. Villandre et Rochaix signalent d'abord l'utilité des ponctions cérébrales répétées comme moyen de drainage des abcès profonds du cerveau. Ayant trouvé dans le pus de ces abcès du staphylocoque (microbe que l'on croyait, avant la guerre, offrir peu d'affinité pour le tissu nerveux), ils ont estimé qu'un auto-vaccin pourrait venir utilement au secours du chirurgien. Ils ont donc cultivé du staphylocoque provenant du pus même retiré chez le blessé, ont tué par chauffage les cultures ainsi obtenues, et ont injecté ce vaccin par doses progressives appliqué à 3 cas d'abcès cérébraux, cette méthode a donné des résultats très encourageants.

— MM. Bruhl et J. Michaux présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur les *injections d'étain colloïdal dans le traitement des furonculoses.*

L'empirisme a conduit à bien des découvertes thérapeutiques. Ainsi, des observateurs ayant remarqué, vers 1850, que les brasseurs du Nord étaient peu enclins à la furonculose, conseillèrent la levure de bière dans le traitement de cette maladie.

L'immunité dont paraît jouir les étameurs de la Sologne a conduit plus récemment les médecins à tenter le traitement de certaines pyodermites et staphyloccoccies par l'étain. Depuis plus de trois ans, MM. Bruhl et Michaux ont eu recours aux injections intra-musculaires d'étain colloïdal. Ils citent deux cas, particulièrement démonstratifs, d'hydrosadénites des deux aisselles dans lesquels l'étain colloïdal amena en très peu de jours la résolution de ces abcès tubéreux, dont on connaît la ténacité.

Chez d'autres malades, le résultat fut discutable ou nul. En somme, conclut M. Bruhl, dans la médication par l'étain, nous possédons un traitement de plus de la furonculose, sans avoir un mode thérapeutique absolu.

— M. Prosper Merklen parle, à la *Société médicale des hôpitaux*, du *goitre exophtalmique des combattants.*

Depuis six mois, malgré la rareté du goitre exophtalmique chez l'homme en temps de paix, M. Prosper Merklen a relevé une dizaine de cas de cette affection chez les combattants. D'autres auteurs ont, d'ailleurs, fait des constatations analogues. Cette forme de basedowisme reconnaît bien souvent une origine émotive.

M. Merklen considère que si l'on fait exception de certaines questions purement neurologiques et, il va sans dire, des lésions traumatiques, la pathologie de guerre n'est que l'augmentation de fréquence de certains états morbides.

— MM. Loeper, Beuzard et Wagner présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *dyspepsie surrénale.*

Dans la maladie d'Addison, les troubles gas

tro-intestinaux occupent une place importante. Caractérisés par une inappétence à peu près permanente, par de l'atonie digestive et de la constipation, ils s'exacerbent parfois sous forme de vomissements, de crampes gastriques et de crises intestinales.

A un degré moindre, on peut observer des syndromes digestifs d'origine surrénale dans les états surrénaux frustes que présentent fréquemment les surmenés et les convalescents de la guerre. Cette dyspepsie surrénale se traduit par de l'inappétence, une constipation opiniâtre, parfois interrompue par des débâcles diarrhéiques. La palpation de l'abdomen révèle l'existence d'une certaine atonie gastrique et intestinale.

Rien dans ces états ne révèle leur origine surrénale. Certes, l'hypotension y est souvent fort accusée, la tension maxima atteignant rarement plus de 12 ou 13. La ligne blanche est fréquente et l'asthénie peut-être très prononcée, mais sa fréquence chez les soldats fatigués ne suffit pas à en faire un signe pathognomonique. La démonstration du diagnostic est, en réalité, fournie par l'épreuve thérapeutique. Chez ces malades, les injections quotidiennes de 1/2 à 1 milligr. d'adrénaline améliorent rapidement la dyspepsie.

On se trouve ainsi amené à suspecter l'insuffisance surrénale dans la genèse d'un grand nombre de gastropathies et de constipations que présentent actuellement les soldats fatigués et à substituer la thérapeutique par les injections d'adrénaline à la thérapeutique habituelle chaque fois que celle-ci se montre inefficace.

— M. Le Fur rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* quatre cas d'*extraction de projectiles du médiastin antérieur et du poumon.*

M. Le Fur a soigné quatre blessés chez lesquels il est intervenu pour extraire des projectiles du médiastin antérieur ou du poumon. Dans un cas sous le contrôle de la radioscopie, dans les trois autres cas après repérage précis du projectile.

Les 3 projectiles intra-pulmonaires se trouvaient l'un à 5 centimètres, l'autre à 6 centimètres, le dernier à 9 centimètres de profondeur.

Ils ont tous été extraits par thoracotomie soit antérieure, soit postérieure, en s'aidant du doigt introduit par la plaie d'entrée du projectile. Quant au projectile du médiastin antérieur, il s'agissait d'un volumineux éclat d'obus situé entre le péricarde et la plèvre. Il fut enlevé grâce à un large volet thoracique comprenant les troisième, quatrième et cinquième côtes.

Tous ces blessés ont guéri sans incident.

— M. Le Fur rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* l'observation d'un *anévrysme artério-veineux de la fémorale* pour lequel il a pratiqué la résection du sac, ainsi que de l'artère et la veine fémorales, sur une étendue de 7 centimètres, sans le moindre inconvénient pour le blessé, ni le moindre trouble circulatoire.

Rappelant deux autres cas d'anévrysme artério-veineux du creux poplité pour lesquels il a pratiqué la même intervention, avec succès, il conclut que le meilleur traitement des anévrysmes artério-veineux consiste dans une large résection de l'artère et de la veine, avec extirpation du sac intermédiaire quand il existe.

— M. Le Fur présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un *diverticule vésical contenant onze calculs.*

Ce diverticule, retiré chez un homme de 72 ans par taille hypogastrique, avait évolué d'une façon absolument latente, et c'est pour des hémorrhagies profuses et brusques, mettant la vie du malade en danger, qu'on fut obligé d'intervenir.

— M. Le Fur montre à la *Société des chirurgiens de Paris* un blessé offrant une *induration du corps caverneux et un priapisme permanent à la suite de rupture du corps caverneux.*

A la suite d'un enfouissement, ce blessé eut une rupture de l'urèthre avec rétrécissement cicatriciel, et une rupture du corps caverneux gauche s'accompagnant d'induration importante du corps caverneux au niveau de sa racine, et de priapisme permanent, pendant 3 mois, avec impuissance génitale complète.

Les massages, le traitement physiothérapique (air chaud) et l'électrolyse ont diminué notablement l'induration du corps caverneux. Le priapisme a diminué progressivement, en même temps que réapparaissait la puissance génitale.

P. L.

MÉDECINE PRATIQUE

Dissolvant polyvalent des bouchons de l'oreille.

Les auteurs indiquent un dissolvant spécial pour chaque espèce de bouchons (bouchons de cérumen, bouchons épidermiques, etc.) qu'il est inutile de mentionner ici. Malheureusement, aucune des diverses formules employées ne répondait aux résultats qu'on était légitimement en droit d'en attendre. En raison de la composition complexe et de l'état physique de ces bouchons, malgré la prédominance de tel ou tel élément de desquamation ou de sécrétion organique et du champ d'action limité du

dissolvant, on arrivait difficilement au but désiré. Il faut tenir compte de la fragilité relativement considérable du conduit auditif en raison des glandes et de l'innervation spéciale qui en augmentent la sensibilité aux agents chimiques employés.

La mixture saponifiée, en milieu huileux antiseptique que je préconise ici est *détersive*, polydissolvante, si je peux ainsi m'exprimer, *lubréfiante* des surfaces épidermiques, *excitante* pour les glandes du conduit et *antiseptique* par son *eucalyptol*.

Formule : Ammoniaque liquide.... 1 gr.
Huile d'œillette stérile.. 9 —
Ether sulfurique........ 9 —
Eucalyptol............ 1 —

Modus vivendi. — Introduire l'ammoniaque dans un flacon ; y ajouter l'huile d'œillette. Agiter fortement pendant dix minutes pour provoquer la formation du *savon ammoniacal*, dans le sein de l'huile en excès. Chauffer légèrement au bain-marie pour chasser l'ammoniaque libre. Laisser refroidir. Ajouter l'éther sulfurique et l'eucalyptol. Agiter énergiquement pour obtenir un mélange homogène. Agiter le flacon, à chaque séance d'emploi de la mixture.

Mode d'emploi. — Imbiber une boulette de coton hydrophile avec cette mixture ; l'introduire dans l'oreille. Presser, avec l'index, sur le tragus de l'oreille pour provoquer l'expression du tampon et la diffusion du liquide dans le conduit.

Répéter l'opération deux ou trois fois par jour. Procéder à l'extraction progressive du bouchon liquéfié par le dissolvant, après plusieurs séances. L'application consécutive d'un morceau de flanelle bien chaude sur l'oreille facilite l'obtention du résultat.

Docteur CROUZEL, de La Réole.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La médication antiphlogistique moderne

Des vieilles médications antiphlogistiques, dirigées contre l'inflammation, telle qu'on la concevait jadis, sous l'empire des doctrines broussaisiennes, il nous est resté les émissions sanguines et les applications humides chaudes.

Mais les émissions sanguines ne vont pas sans quelques inconvénients, dont le moindre n'est pas d'affaiblir un organisme déjà amoindri par la maladie.

Quant aux applications humides chaudes, elles ont le défaut de perdre assez rapidement leur degré thermique initial, et de nécessiter un renouvellement fréquent.

La Gynécologie utilise depuis longtemps, contre les inflammations du petit bassin, les affinités bien connues pour l'eau de la glycérine, qu'elle emploie dans les pansements vaginaux, pratiquant ainsi une véritable et abondante saignée séreuse.

Les Américains ont eu l'idée d'en généraliser l'application aux inflammations périphériques. Mais, faisant état des théories modernes sur l'infection, ils l'ont associée à d'autres matériaux de propriétés définies et d'activité reconnue : le silicate d'alumine pulvérisé et séché, l'iode, l'acide salicylique, l'acide borique.

Cette association se présente sous la forme d'une pâte se comportant comme une sorte de cataplasme, d'épithème, et qui, pour cette raison, a été désignée sous le vocable de Glycéroplasme.

Le Glycéroplasme, essentiellement aseptique et antiseptique, effectue, au profit des tissus sur lesquels il est appliqué, la saignée séreuse dont nous parlons plus haut, active la sécrétion glandulaire qu'il aspire en quelque sorte, en même temps que se trouvent entraînés et engloutis dans la trame d'un milieu essentiellement stérilisant, les micro-organismes qui pullulent plus ou moins abondamment dans les humeurs.

En outre, cette pâte, employée chaude, a la propriété de demeurer à une température constante pendant une durée qui varie de 24 à 36 heures.

Cette propriété est due : 1°) à l'élévation de température déterminée par la combinaison de la glycérine avec les liquides aqueux de l'organisme ; 2°) aux qualités réfractaires du silicate d'alumine.

Ainsi se trouve réalisée, avec le contrôle et la sanction de la science contemporaine, dans des conditions particulièrement heureuses, une thérapeutique dont l'empirisme avait jadis révélé l'efficacité.

C'est du vieux neuf, dira-t-on, mais du vieux neuf modernisé, perfectionné, dont le mode d'action, basé sur la connaissance approfondie de ses effets curatifs, prend la place qui lui est due dans l'art de guérir.

Ajoutons, pour plus ample information, que le glycéroplasme dont nous venons de donner la composition et dont nous avons analysé sommairement les propriétés et les effets, est délivré, dans les pharmacies, en France et à l'étranger, sous le nom d'Antiphlogistine.

Une nouvelle préparation martiale : la Ferrophytine.

Depuis les belles recherches de Hayem sur le sang et ses altérations, c'est un dogme de considérer l'anémie, et surtout la chlorose, comme les manifestations pathologiques d'un appauvrissement de l'organisme en fer ; aussi ne discute t-on plus de l'opportunité de l'administration de ce métal dans ces affections, mais seulement du choix qu'il convient de faire parmi les nombreuses préparations qui le contiennent. Les expériences de Claude Bernard démontrent la non-absorption des sels de fer, solubles ou insolubles, par les voies digestives, n'ont rien perdu de leur valeur, quoique les conclusions qu'en tirait le grand physiologiste aient été quelque peu contestées : il est hors de doute, en effet, que cette absorption, si elle existe, ce qui reste très problématique, est extrêmement minime et insuffisante pour combler le déficit des globules rouges appauvris. Il serait toutefois exagéré de dire que l'absorption de ces ferrugineux reste sans résultat aucun, car ils ont permis incontestablement l'amélioration de nombre de chlorotiques, (1) mais il est bien entendu que leur action insuffisante d'une part, leurs inconvénients nombreux d'autre part (gastralgie, constipation, coloration dentaire), laissaient souhaiter que l'on trouvât mieux.

La Ferrophytine est un sel de fer neutre de l'acide phytinique (oxyméthylène-diphosphorique), contenant 7,5 % de fer et 6 % de phosphore, le métal et le métalloïde unis sous forme de combinaison organique, stable, insoluble dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique dilué, mais soluble dans les liquides aqueux alcalins. Ce composé phospho-ferrique possède la forme colloïdale, ses particules extrêmement ténues, traversent l'estomac sans y subir aucune espèce de modification, puis sont solubilisées dans le milieu alcalin intestinal où elles sont absorbées par les chylifères. La Ferrophytine contient, nous l'avons dit, 6 % de phosphore végétal assimilable, elle permet par conséquent l'application thérapeutique simultanée de deux éléments dont l'action est éminemment complémentaire : le fer, stimulant de la fonction hématopoïétique, le phosphore reconstituant général et tonique nervin.

On prescrira donc la Ferrophytine dans les diverses formes d'anémies, accompagnées de dénutrition, dans les états neurasthéniques avec anémie concomitante, enfin et surtout dans la chlorose, où, lorsqu'il y a inappétence, troubles digestifs, hyperesthésie, elle sera beaucoup mieux tolérée que les autres ferrugineux. De saveur agréable, dépourvue de toute stypticité, n'entravant nullement la digestion, ne colorant pas les dents, la Ferrophytine sera très appréciée de tous ces malades qui en retireront le plus grand bénéfice (1).

(1) On sait comment ont été expliqués les résultats obtenus à l'aide de préparations ferrugineuses inabsorbables. Nos aliments ordinaires contiennent du fer sous forme de combinaisons organiques complexes. Ce fer organique est absorbable s'il ne subit dans le tube digestif certaines actions décomposantes qui le ramènent à une forme plus simple inabsorbable. Les préparations ferrugineuses minérales *protégeraient* le fer organique de nos aliments contre ces actions décomposantes et lui permettraient ainsi d'être absorbé.

(1) La ferrophytine est fabriquée par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

L'Asthme. *Etiologie. Pathogénie. Traitement*, par le Docteur E. Delthil. (A. Maloine, Paris).

L'auteur établit que l'asthme n'est nullement une névrose essentielle selon l'opinion généralement reçue, mais une des modalités les plus nettes de l'arthritisme. La cause spécifique et les facteurs primordiaux en sont la saturation urique accompagnée d'altérations hépatiques et d'infection cholémique.

Il y a analogie frappante entre l'asthme et la goutte, des rapports étroits entre l'asthme et l'angine de poitrine et l'urémie.

Il y a par contre antagonisme entre l'asthme et la tuberculose.

Le régime alimentaire est la base essentielle du traitement de l'asthme qu'accompagnent en outre les médicaments antiarthritiques, les inhalations d'iodozone, l'entraînement physique modéré.

Toutes ces vérités sont développées dans une langue sobre et claire qui se lit facilement et qui nous donne ainsi une excellente mise au point d'une question de pratique courante des plus intéressantes pour le médecin.

DEMANDES ET OFFRES

—

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

Nº 3. — Docteur réformé, cherche situation, gérance de poste, Paris ou banlieue.

—

Nº 4. — On achèterait voiturette 4 cyl., 3 places, dernier modèle, parfait état ou torpedo de marque 10 HP. Dr Duprat, Bonencontre, (Lot-et-Garonne).

—

Nº 5. — Paris. A vendre laveur porte-douches sur roulettes, bâti fer verni avec accessoires ; un aéro thermo Rupalley avec accessoire ; plusieurs daviers neufs ; seringues dentiste ; un fauteuil spéculum complètement neuf. Docteur, 16, rue Faidherbe, tous les jours, de 1 h. à 3 heures.

—

Nº 6. — On demande un homme de bonne compagnie n'appartenant pas à la profession médicale, pour accompagner un neurasthénique.

Petite correspondance

Dr L. à *Concours*. — Comme suite à ma lettre du 1er décembre, je crois devoir vous faire savoir qu'un de nos camarades médecin de la classe 1891, vient d'être rappelé dans sa région.

La relève promise se fait donc.

Réponse. — Vous aviez donc eu tort de montrer, dans votre première lettre une trop vive impatience. En matière militaire, il ne faut pas être trop pressé.

Suite page XIX.

CORRESPONDANCE

Affectation des vieux médecins R. A. T. à leur résidence du temps de paix.

Je vous envoie quelques renseignements que j'ai pu me procurer à bonne source, sur les effets dans la ...e région des deux circulaires récentes du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, concernant les affectations des médecins des plus vieille classes.

La première, du 30 juillet dernier, vise comme vous savez les médecins des classes 88 ou antérieures, ainsi que ceux qui y sont ramenés par le nombre de leurs enfants.

Ces médecins, d'après la dite circulaire, peuvent, le cas échéant, être affectés à leur domicile du temps de paix.

Or, sur les médecins se trouvant dans ces conditions, un seul, habitant une commune rurale, a été affecté à sa résidence, pour assurer le service médical civil, tandis qu'a peu près tous ceux résidant dans une localité ayant des troupes en garnison, ont été renvoyés chez eux, qu'ils en aient fait ou non la demande.

Vous voyez l'inégalité qui existe entre les médecins des villes et ceux des campagnes et, en même temps, le peu de compte que tient des besoins civils, l'autorité militaire.

Quant à la circulaire 33.763.17 du 21 octobre dernier, elle a produit un résultat qui paraît de prime abord surprenant, et que je laisse à d'autres le soin d'expliquer.

Cette circulaire demandait aux médecins des classes 87 et antérieures, sans tenir compte cette fois-ci du nombre des enfants, s'ils étaient disposés à être mis hors cadre, pour raison de santé, ou mis en congé sans solde, et ainsi renvoyés chez eux comme civils.

Deux pour cent seulement ont accepté les propositions du Ministre.

Sans chercher pour le moment à expliquer ce résultat, on peut quand même en conclure que le Ministre peut, sans inconvénients pour le service, étendre à d'autres classes plus jeunes les privilèges accordés par cette circulaire.

Dr A.

Compétences.

La grande presse demande chaque jour que les charges et emplois publics soient dévolus à ceux qui sont le plus qualifiés par leurs compétences. Or, j'ai constaté en l'an de grâce 1917 qu'il en surgissait de partout. Ecoutez plutôt les deux histoires que je vous livre sans aucun commentaire.

1° Médecin traitant d'un fonctionnaire des

finances, ayant dépassé largement l'âge de la retraite, je lui délivre en raison de sa santé défectueuse, un certificat pour la demande de retraite. Par précaution, je lui conseille de s'adresser à un médecin assermenté, qui porte le même diagnostic et arrive aux mêmes conclusions.

L'administration a demandé que *son commis* certifiât la maladie.

2° Je fais une déclaration de fièvre typhoïde. On ordonne une enquête et on en charge...... les gendarmes du chef-lieu de canton !

A propos de la relève des médecins R. A. T.

Merci tout d'abord au *Concours* qui est un des rares journaux médicaux osant défendre nos intérêts. Mais il y a encore bien des lacunes, et malgré sa bonne volonté évidente, le Ministre ne peut songer à tout.

Il y a en ce moment un véritable découragement parmi les membres du Corps médical R. A. T., car un grand nombre d'entre eux sont au front depuis 2 et 3 ans et n'ont bénéficié encore d'aucune relève, alors qu'après une année de guerre, on a relevé un grand nombre de jeunes !

L'année dernière, après 18 mois de présence aux armées, un grand nombre sont allés se reposer dans l'intérieur. Mais il y a « *une troisième tranche* » de médecins qui, en décembre dernier, avaient moins de 18 mois et qui aujourd'hui ont plus de deux ans de front. Ne fera-t-on rien pour ceux d'entre eux qui ont passé la *quarantaine* et sont *pères de famille* ? A une question du Dr Peyroux, député, M. J. Godard répond qu'il relève la classe 90, sans distinction de présence au front. De là, parfois, une véritable anomalie, car, parmi les anciennes classes, il en est qui ne font qu'arriver au front et qui vont se trouver relevés définitivement après 2 ou 3 mois de présence, alors que les classses 92 et les suivantes comportent des confrères au front depuis très longtemps et qui ont chance d'y rester encore plusieurs années ! Le *Concours* ne pourrait-il demander que tous les R. A. T. présents au front depuis plus de 2 ans soient relevés ?

Ce ne serait que justice ! Ne pourrait-on aussi refiltrer sérieusement certains réformés faisant de la clientèle d'une façon très intense et qui pourraient bien venir un peu nous remplacer aux armées.

D^r B.

Les médecins mobilisés ont-ils raison d'être mécontents.

I

Les praticiens vous sont reconnaissants du désir que vous avez d'améliorer leur situation militaire. Mais ne trouvez-vous pas que nous réclamons parfois à tort ?

Parmi les membres des professions libérales, les médecins mobilisés sont des privilégiés et au point de vue grade, et au point de vue risques de guerre.

X.

II

Vieil abonné du *Concours*, mobilisé depuis le 3 août 1914, demeuré presque tout le temps en captivité ou au front, malgré mon âge, je viens à mon tour protester contre la tendance trop manifeste, chez certains médecins, à « se tirer des pieds ». On ne lit que récriminations, plaintes, critiques contre le Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé. alors que personne n'ignore combien il est difficile de contenter tout le monde et... son père. M. Justin Godard fait ce qu'il peut pour que chacun soit à sa place et pour que les malades ou blessés reçoivent les soins nécessités par leur état. Mais du côté médical, il faut reconnaître que beaucoup trop de pseudo-spécialistes ou simplement de confrères préfèrent les bords de la Garonne, la rue de la Cannebière, la plage de Palavas, la côte d'Azur ou celle d'Argent, les Quinconces même, aux environs du canal de l'Yser, aux plaines des Flandres ou au mont Téton. La géographie de ce dernier ne leur est pas familière... Il y a trop d'inaptes à suivre un bataillon d'infanterie (et cependant aptes à aller au café maintes fois, à se nicotiniser jour et nuit). Aussi, lit-on avec plaisir à la page 986 du *Journal Officiel*, (20 novembre 1917), deux réponses faites par M. le Ministre de la Guerre à des sénateurs qui s'intéressaient au sort de ces « inaptes définitifs » : « *la déclaration d'inaptitude à faire campagne ne met pas obstacle à l'envoi d'un médecin auxiliaire du service auxiliaire dans la zone des armées pour y être pourvu d'un poste relevant d'une direction régionale.* » Le bon sens n'eût pas mieux dit. Quand ces Messieurs les « inaptes » auront quitté leur fromage de Hollande pour faire un peu leur devoir, ailleurs que chez eux, quand tout le monde sera à sa place, selon son âge et ses services antérieurs, il n'y aura plus de récriminations de la part de ceux qui sont toujours au front et qui ont bien droit, eux aussi, à un peu de repos. Ceux-ci sont parfois traités de « poires » par les autres... L'envoi dans la zone des armées de *tout le corps médical* prouvera qu'il n'y a pas de « poires », mais que chacun a cherché à

accomplir son devoir, ce qui n'est pas encore démontré, mais c. q. f. d., malgré les difficultés de la tâche. De très nombreux médecins n'ont jamais été au front, ou y sont restés juste le temps d'y prendre un instantané. Nous savons qu'on va les y renvoyer d'office, ou les y appeler. Ce ne sera que justice puisque nous nous battons pour le droit et la justice.

R.

Comment les médecins civils doivent se procurer du charbon.

Le Président de l'Office départemental des charbons à M. le Docteur J.

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre réclamation du 14 novembre dernier. Les extraits de journaux que vous citez ont interprété d'une manière erronée les instructions du Ministère de l'Armement concernant les attributions de charbon aux établissements privés et aux professions libérales. Il est exact que les Préfets sont, en principe, les destinataires qualifiés pour prendre livraison des tonnages expédiés dans les départements par les délégués du Bureau National des Charbons dans les ports de la Manche. Mais, en fait, ils distribuent ces tonnages entre une cinquantaine environ de communes importantes choisies comme centres de ravitaillement, et ce sont les Maires de ces Communes qui distribuent à leur tour les quantités reçues par eux entre les habitants de la Commune et des autres communes rurales de la circonscription de ravitaillement. Cette répartition s'effectue par leurs soins et sous leur responsabibilité, sans que la Préfecture intervienne, ce qui serait d'ailleurs matériellement impossible, vu le personnel considérable qu'exigerait une semblable distribution s'étendant à tout un département. Il n'est dérogé à cette règle que pour les établissements industriels, les maisons de commerce et diverses autres catégories de consommateurs dont la consommation mensuelle de charbon est comprise entre 10 et 20 tonnes, et qui peuvent être desservis directement par wagons complets de 10.000 kg. au minimum.

Les Syndicats médicaux doivent être actifs et agissants.

Bravo pour vos articles du *Concours* des 1er et 15 août. Bien que trop jeune pour apercevoir tous les dangers de l'après-guerre, je crois comme vous que le salut ne peut être que dans une offensive vigoureuse menée par les Syndicats médicaux en coopération ; sans quoi, c'est la fonctionnarisation certaine et la direction des

services intéressant la santé publique abandonnée à de vagues individualités dont le moins que l'on puisse dire est qu'elles seront incompétentes.

Dr F.

Les médecins pères de familles nombreuses.

Tout vient à point... dites-vous en faisant état de la circulaire n° 33.763 1/7 du 21 octobre 1917 où quelque chose me chiffonne fort, parce que j'y suis intéressé, c'est l'alinéa suivant : « Il ne faut comprendre dans les classes 1887 et antérieures que les officiers qui appartiennent à ces classes ou qui s'y trouvent ramenés par 6 enfants vivants ».

Ainsi un père de famille de la classe 92, père de 5 enfants, se trouve désavantagé vis-à-vis d'un autre de la classe 93 qui en a six.

Je vous serais reconnaissant de me dire la raison de cette anomalie et n'y a-t-il pas lieu d'attirer sur elle l'attention des pouvoirs publics.

Réponse.

Les dispositions en vigueur depuis la mobilisation en faveur des hommes de troupe pères de familles nombreuses, classent dans la classe 1887, démobilisant par conséquent, les pères de 6 enfants vivants au moins.

C'est, à notre sens, l'extension de cette mesure aux officiers du Service de Santé, qui explique ce que vous considérez à tort comme une anomalie.

Il faut bien une règle.

A propos des galons des médecins militaires.

Permettez-moi de vous féliciter de la vigoureuse lutte que vous conduisez contre les galons des médecins.

A part de bien rares exceptions et à part les officiels, le nombre de galons ne correspond généralement pas à la valeur de celui qui les porte ; je dirai même qu'elle est trop souvent en raison inverse, le médecin militaire de carrière chargé de galons ou même d'étoiles n'étant qu'un paperassier au cerveau hélas trop souvent systématisé ou atteint de manie agitante ! ! L'AGITATION, le système, ont trop souvent remplacé l'activité et la compétence.

Vous rappelez dans votre réponse la grossièreté d'un 4 galons de l'active (il en a 5 aujourd'hui et est toujours à l'intérieur), à mon égard ; c'est sans doute un fait banal, j'ai connu un fait bien plus fort !

J'ai eu l'occasion de rencontrer sur le front un excellent confrère, devenu mon ami, le Dr

G.., de C., un des plus beaux caractères que j'ai connus.

Ce confrère, *débile*, *malade*, 40 ans, avait servi quelque 18 mois dans un bataillon du e et est sans doute encore sur le front depuis plus de deux ans.

Il avait la croix de guerre avec étoile d'argent et une citation admirable qu'il ne vous a pas, d'ailleurs, demandé de publier, je crois.

(En particulier, quand je lis dans votre journal les lamentations des médecins auxiliaires du service auxiliaire aptes à la clientèle de campagne et que je pense à mon brave ami G..., la comparaison n'est pas flatteuse pour ceux-là. Enfin ! !)

Pour terminer, je vous dirai qu'un jour, en mars dernier, à S..., il s'est trouvé 2 médicastres, je ne dirai pas des confrères, pour faire « rectifier la position et mettre au garde à vous » devant eux mon brave ami avec son étoile d'argent.

L'un de ces... (qualifiez-les) était un médecin de l'active, à 3 galons, l'autre un médecin de complément venant d'avoir sa 3e ficelle. B.

P. S. — Un jour je disais à G... : « Comment se fait-il que débile comme vous êtes, vous soyez venu sur le front ? »

« J'ai deux fils, me dit-il, je veux qu'ils respectent leur père. »

Les tuberculeux à l'armée

Je viens de trouver, dans un quotidien régional, l'intéressant entrefilet que voici :

« Pour hâter la réforme des blessés, M. Justin « Godard, sous-secréraire d'Etat au service de « Santé, vient d'édicter un réglement, qui, sim- « plifiant à l'extrême toutes les formalités jus- « qu'à présent prescrites, permettra de renvoyer « les blessés réformables à leur foyer, dans un « bref délai.

« Les médecins chefs des formations sanitaires « sont chargés eux-mêmes de la constitution des « dossiers de réforme. Ils doivent se procurer « l'extrait de naissance et l'état général des « services et des campagnes. Si les dépôts inté- « ressés ne donnent pas de réponse dans les dix « jours, réclamation sera faite au général com- « mandant la région. L'acte de naissance, la « suite ininterrompue des billets d'hôpital, l'en- « quête de la gendarmerie ne seront plus indis- « pensables pour la présentation des intéressés « devant les commissions. Les directeurs de « santé adjoints et les médecins consultants « médico-légaux de chaque région sont rendus, « personnellement, responsables des retards et « négligences constatées et auxquels ils n'au- « raient pas porté remède. »

Ne pensez-vous pas que l'excellente mesure qui vient d'être ainsi prise en faveur des « blessés réformables » devrait être également applicable aux « militaires tuberculeux » réformables ? Systématiquement appliquée à ces malheureux « blessés de la tuberculose », elle permettrait, sans doute, de conserver à la France, qui en a plus que jamais besoin, de bien précieuses existences.

Dans le numéro de décembre 1916, du *Concours Médical* — et il semble qu'il en soit trop souvent ainsi — « le Major Ronchonnot » faisait remarquer (non sans humour) combien était longue et embrouillée la procédure à suivre pour constituer le dossier de réforme d'un militaire tuberculeux, et le nombre invraisemblable de pièces qu'il faut, avant tout, réunir à cet effet ; il concluait en disant : « Tout cela représente un total de vingt-six pièces, au minimum. » (*Concours Médical*, décembre 1916, page 593, 1re colonne).

Pendant tout le temps nécessaire pour y parvenir, le malheureux « blessé de la tuberculose » est hospitalisé — sauf de trop rares exceptions — pendant des semaines entières, quand ce n'est pas davantage, dans des conditions fort différentes de celles que commande le traitement bien compris, convenablement dirigé, et par conséquent utile, de la tuberculose pulmonaire. Il en résulte trop souvent qu'un « blessé de la tuberculose » qui, soigné en temps utile, comme il convient (après avoir été reconnu tuberculeux, bien entendu, avant que la tuberculose n'ait produit, chez lui, des dégâts considérables et, parfois même, irréparables), aurait pu voir sa santé s'améliorer, est un homme « fini », perdu, quand il peut, enfin, quitter la formation sanitaire, dans laquelle il a été longuement retenu, au mépris des règles les plus élémentaires de la phtisiothérapie. Il n'a plus qu'à attendre la mort, lorsqu'on le rend à la vie civile ou lorsqu'on le dirige sur un des rares établissements, installés depuis deux ans, pour y recevoir et y soigner ou, tout au moins y « éduquer », soi-disant, les militaires tuberculeux.

Je connais des médecins placés à la tête de tels établissements, dont l'avis, à ce sujet, est formel et qui ne cessent de déplorer — mais en vain — que nombre des « blessés de la tuberculose » qu'on leur envoie leur soient adressés beaucoup trop tard !

Bien des personnes qui habitent près de ces sanatoriums militaires et sont, ainsi, bien placées pour voir les « blessés de la tuberculose » qui y arrivent, s'indignent, à juste titre, de l'état de déchéance profonde, de véritable ruine, dans lequel ces malheureux entrent, trop souvent, dans ces maisons, qui devraient être, pour eux, la maison où l'on apprend et où l'on commence

à se guérir et qui ne sont, malheureusement, pour nombre de cas, que « le vestibule de la morgue » !

La mesure qui vient d'être prescrite en faveur des « blessés réformables », dont l'existence est loin d'être toujours en péril, serait bien plus indiquée encore, semble-t-il, pour les « blessés de la tuberculose », dont elle pourrait, parfois conserver la vie, en mettant ces pauvres tuberculeux en mesure de se soigner convenablement, *alors qu'il en est encore temps*.

Voilà qui serait faire œuvre utile, non seulement sans qu'il en coûte un centime, mais encore en réalisant une triple économie : *de temps, d'argent* et de VIES HUMAINES, trois choses, la dernière surtout, dont il semble que la France doive être, plus que jamais, parcimonieuse.

H. HAMANT.

Medicus, medico lupus ??

Nous sommes ici deux médecins militaires, qui, dès notre arrivée, n'avons pas été en sympathie avec M. X..., notre médecin-chef. Je signalerai le fait suivant : le lendemain de mon arrivée, M. X... prenait un mois de congé et nommait médecin-chef un jeune homme de 30 ans, nationalité neutre, *non docteur en médecine*, lequel, pendant un mois, afficha la supériorité administrative sur deux médecins militaires Français, de 38 ans, ayant pour ma part 13 ans de clientèle. Mon camarade est préparateur.

Quant à ma situation militaire, elle est la suivante : Je suis et ne peux être autre chose que médecin auxiliaire ; mais nous jouissons de la solde des aides-majors de 2e classe. Il y a 2 mois, on nous a demandé si nous voulions accepter un galon, mais à la condition d'être apte aux armées et de prendre l'*engagement d'aller n'importe où*. Pour ma part (perte de la vision de l'œil droit, ce qui me met en infériorité ; je perds une partie du champ visuel), je n'ai pas cru devoir accepter cette aptitude, car dans le cas où je serais frappé à l'œil gauche, on pourrait me dire : « C'est vous qui l'avez voulu, donc je ne vous paye qu'un œil ». Le jour où le Service de Santé acceptera toute responsabilité sans faux fuyant, je ne marchanderai pas mon aptitude.

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La Lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool

Petite Correspondance (Suite)

Dr G. à *Concours*. — Depuis quelque temps j'ai certaines difficultés avec les compagnies d'assurances contre les accidents qui prétendent ne pas payer les cinq francs qui nous sont accordés par le Tarif Dubief pour le certificat final descriptif.

L'article du Tarif est bien précis pourtant et il faut y mettre de la mauvaise volonté pour ne pas le comprendre.

Ils font mieux. Ils passent cet article sous silence et ils s'appuient sur le second paragraphe qui dit que le certificat par lequel le médecin déclare à sa dernière visite que le malade est complètement guéri et peut reprendre son travail, ce certificat ne donne droit à aucune indemnité.

C'est entendu, mais le premier nous donne droit à une indemnité de cinq francs que nous devons nous faire payer. Soyez assez bon pour me dire quelle est la marche à suivre pour arriver à ce résultat.

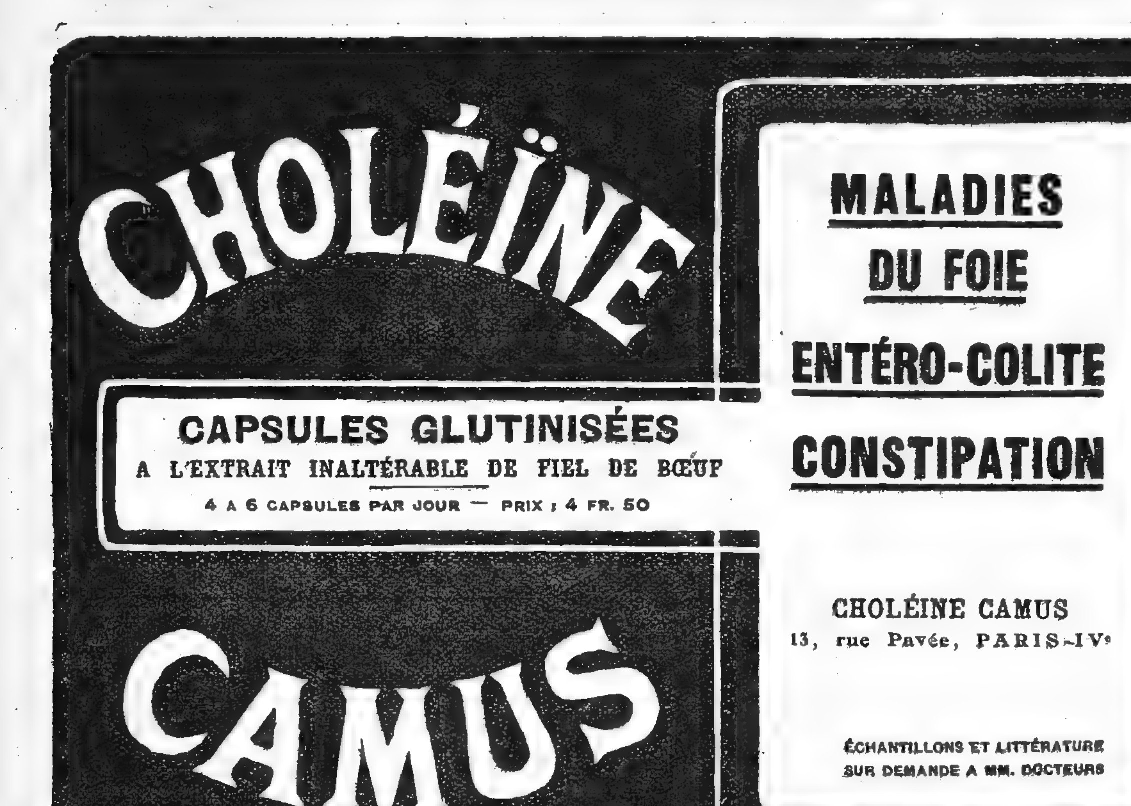
Réponse. — D'après les termes employés par le Tarif Dubief, l'honoraire de 5 francs est dû lorsque le certificat descriptif est délivré après consolidation de la blessure, c'est-à-dire lorsque l'accident a donné lieu à une incapacité permanente totale ou partielle.

Lorsque, au contraire, la guérison a été complète, il n'y a pas lieu à certificat descriptif, mais seulement à constatation pure et simple de la guérison, et le certificat ainsi délivré ne donne droit à aucune indemnité.

Pour se faire rendre justice, lorsque le patron ou la Compagnie refuse de payer ce qui lui est dû, le médecin n'a qu'à poursuivre le patron (et non la Compagnie) devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Dr X. à *Concours*, — Je suis sollicité par un de mes clients du temps de paix, tabétique, atteint de crises viscérales très violentes, de lui faire parvenir régulièrement les ordonnances lui permettant de se procurer les quantités de morphine nécessaires au soulagement de ses douleurs. Etant éloigné de lui, ai-je le droit d'après la nouvelle loi sur les toxiques de lui procurer ainsi les quantités de morphine que nécessite son état ? Est-ce que je n'engage pas ma responsabilité en le faisant ? Je vous

Suite page XXVII


CHOLÉÏNE
CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF
4 A 6 CAPSULES PAR JOUR — PRIX : 4 FR. 50
CAMUS
MALADIES
DU FOIE
ENTÉRO-COLITE
CONSTIPATION
CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

L'Avancement des aides-majors de 1re classe, anciens de grade.

(*Lettre ouverte à Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.*)

Monsieur le Ministre,

A l'heure où tant de nos confrères mobilisés dépouillent fiévreusement le *Journal Officiel*, dans l'espoir, — trop souvent déçu — de trouver leur nom dans les promotions de janvier, nous nous excusons auprès de vous de revenir encore à la charge, et de plaider derechef la cause de certains d'entre eux qui nous apparaissent, et qui ne peuvent manquer de vous apparaître à vous-même, comme particulièrement intéressants : *nous voulons parler des aides-majors de 1re classe, anciens de grade.*

Vous avez bien voulu nous faire savoir, en octobre dernier, que : « c'est avec un esprit de grande bienveillance et aussi largement que possible que vous examinez les propositions pour l'avancement et que, tout en tenant compte, comme il est juste, des mérites des candidats, vous ne négligez pas l'ancienneté qui donne, à certains, le droit à une récompense pour leurs bons services. » Ce sont vos propres expressions.

Permettez-nous de vous demander respectueusement, Monsieur le Ministre, de faire un pas décisif dans la voie où vos déclarations précédentes vous engagent, en érigeant *en droit*, pour une partie d'entre eux, *l'avancement à l'ancienneté.*

Ce n'est ni une innovation, ni une révolution que nous sollicitons de votre esprit de haute équité. C'est simplement l'extension, aux médecins de complément, du régime appliqué aux médecins militaires de carrière, et selon lequel la moitié des places de médecin-major de 2e classe, et le tiers des places de médecin-major de 1re classe sont donnés à l'ancienneté.

Il y a longtemps que la plus haute autorité militaire du moment a expressément déclaré que, dans l'armée, il n'existait plus d'active, de réserve, de territoriale, mais de bons français, animés du même esprit de sacrifice et du même sentiment du devoir.

Au 41e mois de la guerre, n'estimez-vous pas, Monsieur le Ministre, qu'il serait temps que cette formule heureuse ne se contentât pas d'être purement théorique, mais qu'elle soit pratiquement réalisée ?

Donc, vous ne pourrez manquer de reconnaître, en toute sincérité, qu'il ne serait que juste que les médecins de complément jouissent, pour l'avancement, des mêmes avantages que les médecins de l'active.

Nous avons commencé de publier les états de service et les notes de quelques-uns de nos sociétaires, qui, ayant largement dépassé la quarantaine, voire, atteint cinquante ans, avec huit, dix et douze ans de grade d'aides-majors de 1re classe, attendaient encore hier leur troisième galon.

Que voulez-vous que pensent nos confrères, quand ils constatent autour d'eux des avancements... prodigieux ? Quand ils assistent, avec une stupéfaction assez légitime, à l'ascension progressive et rapide, dans la hiérarchie médico-militaire, de camarades, dont ils ne contestent pas les mérites personnels, mais pour lesquels il semble bien que les conditions d'ancienneté minima pour être proposés au grade supérieur, n'ont pas été respectées, sans qu'il s'agisse de ces faits de guerre qui mettent en évidence une personnalité déterminée et imposent en quelque sorte son avancement ?

Nous avons foi, Monsieur le Ministre, que les remarques que nous osons vous soumettre trouveront le chemin de votre impartiale conscience et vous détermineront à prendre la mesure que nous avons déjà réclamée de vous, et dont vous aurez reconnu la légitimité.

Que si vous nous objectiez que cette mesure ne peut être prise par vous, et qu'un décret doit intervenir pour la rendre applicable, laissez-nous espérer que vous n'hésiterez pas à prendre l'initiative de sa ratification.

En attendant, permettez-nous de vous prier de ne pas vous contenter d'examiner les propositions qui arrivent à votre Cabinet, mais de réclamer aux armées et aux régions un

travail d'avancement spécial en faveur des aides-major de 1re classe, anciens de grade, et pour préciser, *ayant au moins dix ans de grade.*

Il ne faut pas que ces vieux confrères soient ignorés de vous. Il ne faut pas que leurs dossiers restent en souffrance, à un échelon intermédiaire, parce qu'ils n'auront pas su plaire à celui-ci ou à celui-là.

C'est à vous d'apprécier, en dernière analyse, les titres des candidats. Encore faut-il que vous puissiez le faire.

Ce ne sera qu'à la condition que vous provoquiez, à leur bénéfice, un travail d'avancement qui parvienne jusqu'à vous.

Dans l'espoir que les médecins, dont nous osons plaider la cause devant vous aujourd'hui, trouveront en votre personne même, un défenseur de leurs intérêts, et en vous remerciant bien sincèrement de tout ce que vous avez bien voulu déjà faire en faveur du corps médical mobilisé, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de nos sentiments respectueux et dévoués.

LA DIRECTION du CONCOURS MÉDICAL.

Paris, le 15 *janvier* 1918.

Nous lisons dans *Le Matin* du 31 décembre 1917 :

L'odyssée d'un garçon droguiste.

Nice, 30 décembre. — On a signalé la disparition du médecin-major de 2e classe Vachier, qui dirigeait l'hôpital militaire n° 50. Certaines révélations ont fait découvrir que ce médecin-major n'avait jamais été docteur, et qu'il avait emprunté un nom qui ne lui appartenait pas. Vachier a fui au moyen d'un ordre de transport qu'il a signé lui-même.

La place de Nice chargea le service de la Sûreté de faire des recherches et l'on parvint à savoir que le pseudo Vachier est un garçon de droguerie qui exerça le commerce des eaux minérales et qui, *en 1915*, était *simple soldat* à l'armée d'Orient.

On pense que les pièces de son dossier furent fabriquées à Paris. A l'aide de ces faux papiers, Vachier trompa le Service de Santé de la 15e région, qui l'envoya à Nice comme aide-major de 1re classe. *Peu après, il était nommé médecin-major de 2e classe,* enfin médecin-chef des hôpitaux Lenval, Belgraria et Continental. La supercherie du pseudo-docteur n'éveilla l'attention de personne. Il avait réussi à circonvenir ses chefs par son bagout et son assurance.

Ajoutons que Vachier venait d'être proposé pour la Légion d'honneur. (*Ag, Radio.*)

Nous nous permettons d'en appeler de M. Godart mal informé à M. Godart, mieux informé, pour lui demander s'il n'estime pas que, devant la... précipitation avec laquelle ont été et sont encore faites certaines promotions au 3e galon, la cause des aides-majors de 1re classe, anciens de grade, sur la légitimité des titres de qui ne règne aucune équivoque, est particulièrement recommandable et digne d'un meilleur sort.

La hiérarchie des étudiants en médecine mobilisés.

Comme complément à la lettre du sous-aide-major F. L., parue dans le numéro du 15 novembre 1917 sous ce titre : la hiérarchie des étudiants en médecine, je vous demanderai la permission d'ajouter : — Qu'il n'est pas une voix dans le milieu officier qui ne s'élève contre la situation faite à ces jeunes intellectuels, qui resteront sous-officiers, quelle que soit la durée de la guerre, quels que soient leurs mérites, leur valeur, leurs actions... Situation fausse, déprimante, démoralisante, ridicule, vexatoire, honteuse, etc. (1).

La voilà, la belle, l'intéressante cause à plaider, celle des petits qui payent si bravement, si modestement, si largement et qui demandent si timidement — et pourtant les seuls qui pourraient parler haut.

Le camarade Dr R..., secteur n°..., lui-même, quoique fatigué des jérémiades qui encombrent les colonnes du *Concours,* qui va même un peu fort en incriminant un vieux Syndicaliste batailleur, trouverait j'en suis persuadé que pour cette cause comme pour celle des confrères des pays envahis, une campagne ne déparerait pas la collection du Journal médical le plus autorisé. Dr X.

N.-B. — Il est peut être prudent d'ajouter, dût souffrir ma supplique de cette incorrection, que je n'ai ni proches, ni éloignés parents, médecins auxiliaires, sous-aides-majors ou en espoir de le devenir.

Les médecins militaires — même de complément — doivent-ils être honorés par la clientèle civile ?

Je vous fais parvenir ci-dessous, la copie d'une circulaire du Directeur du Service de Santé de la ...e région et je serais heureux que le *Concours Médical* l'étudie, la publie dans sa « partie pro-

(1) Inexact : la C. M. et l'instruction du 18 janvier 1917 précisent les cas nombreux, et les conditions qui leur permettent d'obtenir le galon d'officier.

fessionnelle » et la fasse suivre des commentaires qui seront jugés utiles.

Je vous prie de savourer particulièrement le second paragraphe ; il y a lieu vraiment qu'en-haut lieu on sache à quelle pression illégale sont soumis les médecins, quels qu'ils soient et où qu'ils se trouvent.

Je connais un des confrères frappés par le Directeur du Service de Santé de la ...e région ; c'est un spécialiste en maladies cutanées et vénériennes qui, sur la demande d'un mari inquiet, a été appelé auprès de sa femme malade, déjà soignée par un médecin civil qui, celui-là, a le droit, j'ose encore l'espérer pour lui, de « présenter sa note » — Ce camarade, s'est déplacé à plusieurs reprises, a vu, examiné, touché, opéré ladite femme d'officier et a reçu comme honoraires la somme de 80 francs (quatre-vingts francs). — Il a eu l'honnêteté d'en délivrer un reçu et sur le vu de ce reçu, le Directeur du Service de Santé l'a frappé de 8 jours d'arrêts de rigueur — le général commandant la région de 8 autres jours d'arrêts de rigueur. — Je pense que le ministre va augmenter la dose, et le relevant de son poste de région, le fera expédier dans un régiment où il a, cela va de soi, servi déjà pas mal de temps et même été blessé.

Il va de soi aussi que le Directeur du Service de Santé a exigé le remboursement des 80 francs.

Je ne connais pas l'autre victime dont parle la note en question.

Je puis vous dire cependant qu'il y a quelques mois, un fait analogue s'est déjà produit ; un autre camarade a opéré une malade *aisée*, et pour cette intervention abdominale grave, avait demandé 300 francs, ce qui n'est guère. Mon ami, le Dr C..., chirurgien connu, a été à ce moment mis en demeure de rembourser les 300 fr. par le médecin inspecteur X.., ex « chef supérieur du Service de Santé de la ...e armée », lamentablement connu et actuellement atteint par la limite d'âge.

J'ajoute que dans la plupart des régions il est toléré que, *en dehors du service et en l'absence des médecins habituels*, la plupart des confrères fassent « de la clientèle » c'est-à-dire, essayent de rendre honnêtement service, en se faisant honnêtement rétribuer, pour pouvoir vivre honnêtement et ne pas être réduits à crever de faim quand ils ont femme et enfants, avec 10 francs par jour.

La ...e région semble vouloir faire une guerre acharnée aux médecins, ex civils, militarisés.

Devons-nous soigner malgré tout, en tout temps, en tout lieu, et pour rien parce que nous sommes habillés en soldats les malades aisés qui ont recours à nous ? Devons-nous continuer en un mot, suivant l'expression si vraie, si lamentablement vraie depuis la guerre « *donner nos soins* » ?

De grâce, que le *Concours Médical* s'émeuve de ces questions et tâche de les faire solutionner ; ou bien qu'alors on décrète aussi que les tailleurs régimentaires, les cordonniers régimentaires habilleront, chausseront pour rien civils, indigents ou aisés qui leur feront l'honneur de s'adresser à eux.

Je suis avec intérêt la question des « soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel » ; ici un hôpital de chirurgie est devenu une clinique d'accidents du travail où nous *donnons* nos soins, tandis que les Cies d'Assurances considérant que le tarif Dubief est périmé s'en tirent à peu de frais !

e RÉGION.
Direction du Service de Santé.
—
No 581-N.
—
A/S des médecins mobilisés appelés à donner leurs soins à des malades civils.

Le 7 décembre 1917.

Le Médecin principal de 1re cl., directeur du Service de Santé de la e région à Messieurs, les médecins-chefs.

Je viens d'être obligé de prononcer des sanctions disciplinaires graves contre des médecins du cadre complémentaire qui, au mépris d'instructions ministérielles formelles, ont cru devoir réclamer des honoraires pour soins donnés à des malades civils. Deux d'entre eux avaient même envoyé leurs notes, l'un à la femme d'un officier mobilisé, l'autre au mari d'une dame opérée et soignée par lui dans un hôpital civil dont il assure normalement le service.

Je rappelle :

1o Que les médecins mobilisés mis à la disposition des populations civiles ne doivent pas recevoir d'honoraires ou émoluments des particuliers ou des administrations civiles (D. M. No 17.023 du 4 décembre 1914 ; — D. M. 63 C. 1/7 du 21 avril 1916). Ces médecins sont en effet chargés par l'autorité militaire d'une mission particulière qui doit être considérée comme un service pour lequel ils sont rétribués par la solde afférente à leur grade.

2o Que les soins donnés en *dehors de leur service* par les médecins militaires ou militarisés aux malades *civils, indigents ou aisés*, qui peuvent avoir recours à eux en raison de l'absence de leurs médecins habituels, *doivent être gratuits*, Il en est de même des consultations données ou des opérations faites à ces mêmes malades par des chirurgiens ou des spécialistes militaires ou militarisés.

3o Que seuls peuvent être exigés des particuliers, des administrations civiles ou des municipalités, suivant les cas, les moyens de transport qui seraient nécessaires aux médecins pour se rendre auprès des malades éloignés de leur résidence, ou le remboursement intégral des dépenses et frais divers occasionnés par ces déplacements.

Vous voudrez bien porter les prescriptions ci-dessus à la connaissance de tous les médecins sous vos ordres et veiller tout particulièrement à leur observation. Je n'hésiterais pas à continuer à prendre les sanctions les plus sévères contre ceux qui les auront enfreintes.

Réponse

La Circulaire ci-dessus rappelle les documents officiels qui *interdisent formellement* aux médecins mobilisés de demander et même de recevoir des honoraires pour les soins qu'ils sont appelés à donner régulièrement ou éventuellement à la clientèle civile.

Les sanctions prononcées — encore que trop rigoureuses à notre avis — l'ont été dans des conditions qui n'offrent aucune prise à réclamation.

Nous avons toujours soutenu et nous continuons à soutenir que les pouvoirs publics (civils et militaires) pouvaient mieux s'y prendre pour assurer aux populations les secours sanitaires qui leur sont nécessaires.

Nous avons protesté notamment et nous nous élevons toujours vigoureusement contre le *don* que l'Etat fait, délibérément et sans raison, aux malades aisés, du montant des honoraires médicaux qu'ils devraient verser, en toute circonstance, selon un système à déterminer. Mais, ceci dit, nous continuons également à être d'avis que les médecins mobilisés — qui reçoivent une solde de l'Etat — quelle qu'en soit l'importance, ne doivent pas : 1° faire concurrence aux médecins civils auprès desquels ils vivent, au gré de leurs affectations ; 2° réclamer d'honoraires quand ils sont appelés à exercer auprès des malades civils.

Nous sommes saisis de plaintes, parfaitement légitimes, de confrères, non mobilisés par leur âge, qui ont à souffrir dans leurs intérêts les plus respectables, du voisinage — peu scrupuleux — de médecins militaires momentanément affectés dans leur circonscription médicale.

Nous avons d'ailleurs publié quelques lettres de correspondants mobilisés qui, traitant cette question, nous écrivaient qu'ils se faisaient honorer. Et nous leur répondions également par la voie du journal : « Prenez garde, cela ira bien tant qu'il n'y aura pas de réclamations. Mais, gare alors aux sanctions !

Nous ne pensions pas être si bons prophètes.

D'ailleurs, nous avons naguère fait campagne pour que les médecins militaires se voient formellement interdire l'exercice de la médecine civile.

Nous ne faisons aujourd'hui que soutenir la même thèse. Nous ne voulons pas contribuer à tailler les verges qui pourraient un jour — après la guerre — nous fouetter de nouveau.

Cela est notre opinion formelle, *en thèse générale.*

Autant nous nous y déclarons attachés, sous cette forme, autant nous reconnaissons qu'il est *des cas d'espèce*, réclamant le bénéfice d'exceptions qui confirment la règle, et dont l'appréciation se trouverait bien, de la part de l'autorité qui les examine, de ne pas oublier que, nonobstant la hiérarchie et les galons, la *confraternité n'a jamais cessé d'être particulièrement respectable.*

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

17522. — M. Doizy, député, demande à M. le ministre de la guerre si, à la suite des déclarations du Gouvernement à la Chambre, le dernier paragraphe de la circulaire n° 540 Ci/7 du sous-secrétariat du service de santé, touchant l'inaptitude à faire campagne des étudiants en médecine et en pharmacie, a été supprimé. (*Question du* 18 *septembre* 1917.)

Réponse. — Le paragraphe de la circulaire visé par l'honorable député doit être entendu en ce sens que les certificats de visite et de contre-visite médicales produits à l'appui des demandes doivent faire ressortir l'aptitude au service dans les formations sanitaires, même de la zone des armées, conformément d'ailleurs aux dispositions applicables aux candidats au grade d'aide-major (instruction du 15 septembre 1917. (*Journal Officiel* du 16 septembre.) (*J O.*, 26 octobre 1917.)



PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (1).

(*Suite.*)

Des « forces ténébreuses » ont-elles exercé leur influence sur ces décisions du médecin directeur ?

Pour justifier l'arbitraire et l'illégalité de ces décisions on donnera probablement les mauvais prétextes suivants :

I

Les hommes en sursis d'appel sont toujours des soldats, il est donc logique de les faire soigner dans des hôpitaux militaires par des médecins militaires.

Il est aisé de répondre :

A) Que même s'il en était ainsi, il faudrait alors leur appliquer la loi de 1831 dans tous ses articles et non en partie celle de 1898.

B) Que même s'ils devaient être considérés comme soldats, le Ministre de la Guerre et le Ministre des Munitions ayant décidé que c'est la loi de 1898 qui doit être appliquée, aucun officier, quel que soit son grade, fut-il médecin directeur d'un Service de Santé, n'a le droit de discuter ni de violer les ordres des Ministres.

C) Que ces hommes ne sont pas des soldats au sens ordinaire du mot, qu'ils sont des « hommes en sursis d'appel » lesquels ne sont plus ni logés, ni nourris, ni habillés aux frais et par les soins de l'Etat ; mais doivent au contraire *chercher* eux-mêmes et à leurs frais, leur nourriture, leur logement et leur habillement (qui s'use énormément dans le travail des usines) ; *que leur famille ne touche plus l'allocation militaire,* de telle sorte que lorsqu'ils ont fait face à ces dépenses, il n'y a plus grande différence entre leur salaire et la modeste paye que touchent leurs camarades du front.

II

Le 2e mauvais prétexte sera le suivant :

« Parmi les hommes victimes d'accident, un « certain nombre, pour profiter de leur liberté et « de leur 1/2 salaire sans travailler, retardaient « indûment leur guérison et la reprise du tra- « vail ».

Pour prévenir ces abus, il suffit de faire examiner l'*accidenté*, à intervalles rapprochés, par les médecins militaires, ce qui existe du reste.

Mais ce que personne n'a le droit de faire, c'est de violer une loi et un ordre ; d'interner, sans qu'une loi le prescrive, des citoyens honnêtes, et de les priver de leurs droits, sous le prétexte que d'autres peu scrupuleux pourraient essayer d'en abuser.

L'opinion de la classe ouvrière.

En réalité la classe ouvrière pense qu'il y a eu des manœuvres auxquelles ne seraient pas étrangers de gros patrons de forges où l'on travaille l'acier, ni certains assureurs qui, même en temps de paix, ont tout fait pour entraver le libre choix du médecin, et augmenter leurs bénéfices en supprimant le paiement des honoraires médicaux aux médecins des blessés, pour en reporter les charges sur l'Etat ou les établissements hospitaliers.

En effet, dès qu'il fut décidé qu'on placerait dans les usines privées fournissant l'armée, des hommes mobilisés placés en sursis d'appel, les assureurs et les grands industriels essayèrent de se dégager vis-à-vis de cette catégorie d'ouvriers, des obligations que la loi sur les accidents du travail met à la charge des chefs d'industrie.

On voulait notamment enlever les garanties assurées à la classe ouvrière par le libre choix du médecin ainsi que nous l'avons démontré plus haut.

Aussi assureurs et industriels *menaçaient de faire repartir au front les accidentés qui, choisissant leurs médecins, refusaient d'aller soit dans les Dispensaires des assurances,* soit dans les hôpitaux civils ou militaires.

C'est ainsi que l'*Humanité* du 18 septembre 1915 pouvait signaler que « *le sous-lieutenant « d'artillerie X..., contrôleur du personnel ou- « vrier à Saint-Etienne, informait les ouvriers mo- « bilisés victimes d'accidents du travail qu'ils ne « pouvaient se prévaloir de la loi du 9 avril 1898 « (pièce 6).* »

Et c'est à la suite d'une démarche faite auprès de lui, par les organisations ouvrières, que M. le Ministre des Munitions, dans une circulaire n° 7106 du 16 octobre 1915, précisa au chapitre II que les ouvriers en sursis d'appel *devaient bénéficier de tous les avantages* que leur accordait la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail, circulaire qui fut à plusieurs reprises confirmée par le Ministre de la Guerre et ap-

(1) Voir *Concours médical,* 1917 : nos 23 et 24 ; — 1918 : n° 1.

pliquée par la 7e Chambre du Tribunal Civil de la Seine.

L'opinion de plusieurs grands Syndicats Médicaux.

Beaucoup de médecins et de Syndicats médicaux pensent, comme les Syndicats ouvriers, qu'il y a là : outre une recherche par les assureurs, de bénéfices faits aux dépens des blessés et de l'Etat, et une manœuvre pour priver les accidentés de certificats constatant les lésions produites par l'accident,

1° Un moyen de tenir à leur merci les ouvriers, dans les hôpitaux militaires où se trouvent mobilisés un certain nombre de médecins ordinaires des assureurs, sous la menace de faire passer en temps que soldats, les accidentés en conseil de guerre, comme déserteurs, s'ils ne reprennent pas leur travail au jour fixé par les médecins d'assurances mobilisés dans les usines et s'ils osent réclamer des indemnités pour incapacité que ceux-ci refusent de reconnaître.

2° Un moyen d'obtenir, par les mêmes médecins, l'application du système consistant à faire soigner comme un matériel humain, en imposant au besoin des amputations qui ne sont pas nécessaires, mais qui diminueraient la période de paiement du 1/2 salaire.

3° Un moyen pour conserver près des Cies d'assurances un certain nombre de leurs médecins mobilisés, par le maintien ou la création d'un plus grand nombre d'emplois médicaux dans les hôpitaux militaires, dont le nombre serait au besoin accru.

Une enquête serait nécessaire pour rechercher ce qu'il y a de fondé dans la rumeur très répandue dans le corps médical mobilisé et non mobilisé tendant à faire croire que dans des établissements où l'on a groupé les accidentés du travail, on voit arriver chaque matin des médecins à 4 galons et à 600 francs de traitement mensuel, qui après avoir jeté un rapide coup d'œil sur les accidentés, (pansés et massés par des dames infirmières ou des infirmiers) montent dans leurs autos militaires ou civiles, pour aller visiter pendant tout le reste de la journée les riches clients de leurs confrères qui souvent, malgré leur 40 ans passés, sont aux tranchées comme médecins de bataillons, ou aux Armées d'Orient.

Des faits semblables se produiraient aussi, dit-on, dans les infirmeries des gares, où de jeunes médecins, fils d'ingénieurs de chemin de fer, qui ont été jugés trop myopes pour soigner les soldats aux tranchées, ont cependant une vue suffisamment pénétrante pour soigner les employés de chemin de fer, et dépister les ouvriers simulateurs.

Ainsi, au moment précis où M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé prescrit (*Le Journal*, 16 janvier 1917) de « *concentrer les blessés de guerre dans le plus petit nombre d'hôpitaux, afin de libérer un certain nombre de médecins militaires qui doivent être affectés à faire des conférences sur l'hygiène, la tuberculose, l'alcoolisme, et à soigner les civils dans les régions qui manquent de médecins* » (*Le Journal*, 16 janvier 1917) (pièce 5), *à ce moment précis et toujours en contradiction avec les ordres de son chef* le médecin directeur occupe les médecins militaires sous ses ordres, à soigner les accidentés du travail qu'il enlève à des *médecins civils ayant besoin de gagner leur vie.* Et cela conduit à procurer aux assureurs et aux gros fournisseurs de l'Armée, l'économie des dépenses de frais médicaux.

Du reste, ces faits ne sont pas particuliers au Gouvernement militaire de Paris. Les Syndicats ouvriers et médicaux ont reçu des protestations énergiques contre de pareils faits qui se passent notamment à *Toulouse*, *Bordeaux*, *Marseille*. Mais, dans ces centres industriels, c'est pour ainsi dire en cachette, dans les coulisses qu'on agit, tandis qu'à Paris, la chose est officielle, depuis les ordres donnés par le médecin directeur du Service de Santé.

(*A suivre*).

DÉONTOLOGIE

Le secret professsionnel.

I

Le secret professionnel devant le public

C'était en chemin de fer. Nous étions, dans le compartiment, quatre qui, sans nous connaître autrement, savions cependant qui nous étions les uns et les autres, ce qui permettait une conversation banale.

On en arriva à parler de ce qui, hélas ! constitue l'actualité et de l'affirmation de Clémenceau au Sénat de l'existence à la Préfecture de Police de tout un dossier que celle-ci prétendait conserver par devers elle, arguant le secret professionnel.

Et le secret professionnel en entendit de dures !

Comme je déclarais que, vis-à-vis de la Justice, la police ne pouvait pas avoir de secret professionnel, je vis immédiatement mes compagnons de route faire tête contre le secret professionnel médical.

— Oh, vous, médecins, vous défendez le secret professionnel parce que c'est un de vos privilèges.

— Privilège ?

— Mais oui, vous avez prêté le serment d'Hip

ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

Nos lecteurs trouveront dans un article en tête du numéro un, quelques explications au sujet du paiement de l'abonnement. Ils y remarqueront notrmment que le prix de celui-ci sera attribué à l'envoi de 52 numéros. (*Le Concours* paraîtra deux fois par mois en 1918).

pocrate et vous ne voulez pas que la moindre atteinte soit portée à vos engagements.

— D'abord, nous ne prêtons aucun serment.

— ? ? ?

— Mais non, le serment d'Hippocrate est une institution des temps anciens qui s'est conservée à la Faculté de médecine de Montpellier un peu plus longtemps qu'ailleurs, mais qui n'existe plus nulle part.

Vous dites un privilège ? Mais qu'est-ce que vous voulez que cela nous fasse à nous personnellement, le secret professionnel ? Nous n'y tenons aucunement, c'est la société qui y tient parce que, pour des motifs d'ordre supérieur, elle en a besoin, et c'est elle qui nous l'impose.

— Cependant, voyez à quoi il mène ; avez-vous lu l'article de L. Forest dans le *Matin* il y a quelques semaines ? Un jeune homme syphilitique se mariant et communiquant la maladie à sa femme, et, comme conséquences : le mari mourant de paralysie générale, la femme internée dans une maison d'aliénés, les enfants dégénérés, idiots...

— Mais cela prouve que le jeune homme en question était une canaille et aucunement que le secret professionnel n'est pas une nécessité. Voyons, admettez-vous que le médecin puisse publier à son de trompe tout ce qu'il peut savoir sur la santé de ses clients ?

Je vais, à mon tour, vous raconter une histoire ; elle date de la fin de l'Empire : dans un cas précisément semblable à celui que cite L. Forest, le médecin qui avait formellement défendu le mariage à son client, qui lui avait même déclaré qu'ami intime du père de la future, il empêcherait le mariage si ses conseils n'étaient pas suivis... bref, le médecin fit la révélation : le mariage ne se fit pas, mais le jeune homme évincé attendit, un soir, le médecin au détour d'une route et l'étendit roide d'un coup de fusil à bout portant. Poursuivi en Cour d'assises, le meurtrier fut acquitté haut la main.

— Mais lorsque la parole du médecin ne porte pas préjudice à son client, lorsque celui-ci par exemple le délie de l'obligation du secret ?

— Le secret professionnel n'est pas d'ordre particulier ; il doit être absolu ou il n'existe pas : si le médecin parle un jour, le jour où il ne parlera pas, il créera une présomption fâcheuse tout au moins. Et d'ailleurs il ne suffit pas que, dans l'espèce, il ne soit porté préjudice à personne. Ecoutez cette autre histoire plus récente que la précédente : la mort d'un peintre connu était l'occasion de propos plutôt désobligeants pour sa mémoire ; le Dr W... ami du défunt, crut devoir, dans la presse, écrire quelle était la cause véritable de la mort et laver son ami des imputations dirigées contre lui. Le Parquet poursuivit d'office le Dr W... pour violation du secret professionnel, et celui-ci fut condamné bel et bien.

Car pour le médecin il s'agit, non pas du respect d'un serment, non pas de la défense d'un privilège, mais de l'obéissance à un article du Code pénal qui le punit d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs lorsque, dépositaire par profession des secrets qu'on lui confie, il aura révélé ces secrets.

— Mais la loi peut le délier de l'obligation du secret. Dans les cas d'avortement qui se multiplient de jour en jour, la Société a besoin de se défendre, et le silence des médecins contrecarre l'efficacité de cette défense : Eh bien ! l'Académie de médecine, l'Association générale des médecins de France, les syndicats médicaux, toutes les associations médicales enfin se sont levées pour protester contre toute modification à la loi... pourquoi, si ce n'est pour défendre un privilège ?

— Je vous l'ai dit, nous ne tenons pas au secret professionnel que nous ne considérons pas comme un privilège. Mais croyez-vous que ce soit par agrément que les clients nous confient leurs secrets ? Croyez-vous que la malheureuse femme qui vient réclamer nos soins, parce que sa vie est en danger, viendra nous trouver si elle sait que nous dévoilerons le secret qu'elle nous confierait ? Elle préfèrera mourir et elle ne se soignera pas.

Tout autant d'avortements, car la femme qui veut se faire avorter ne recule devant rien, et plus de décès. Voilà où mènerait l'adoption de la proposition Mesureur, et c'est au nom de l'intérêt social mieux compris que les Associations médicales ont protesté : le remède n'est pas dans la suppression du secret médical.

Et puis, si vous êtes conséquents avec vous-mêmes, vous demanderez de même la suppression du secret pour le confesseur, pour l'avocat... et voyez où cela conduit?

L'air effaré de mes compagnons paraissait montrer qu'ils n'avaient pas envisagé la question dans son intégrité et qu'ils s'étaient fait une opinion plutôt superficielle : mais nous entrions en gare et forcément la conversation prenait fin. A. GASSOT.

II

A propos du Secret professionnel.

9 août 1724.

On a parlé d'une découverte faite dans l'affaire Choiseul. Leduc, accoucheur, a tenu un registre des femmes qu'il a délivrées, et là, il a écrit qu'un tel jour il a accouché Mme de Choiseul d'une fille, qu'il l'a fait baptiser à St-Etienne-du-Mont, sous le nom de Julie et sous de

faux noms de père et mère, qu'il l'a portée à Meudon, en nourrice ; qu'il lui a fait trois incisions sous le jarret, où il a mis de la poudre à canon pour servir à la reconnaître et qu'il a fait tout cela à la prière de Mme de Choiseul. Ce registre s'est trouvé entre les mains de son neveu qui l'a porté chez un notaire. On a été à St-Etienne-du-Mont, on a trouvé l'extrait de naissance de Julie. On a regardé sous le jarret, les incisions y sont. Sur cela, on crie miracle ; et moi, je dis que les registres doivent être brûlés, et qu'il n'est pas plus permis à un accoucheur d'écrire ses secrets, qu'à un confesseur la confession de son pénitent. La question est de savoir si ce registre peut être compulsé. Ce sera matière de plaidoirie.

On en a cacheté les feuillets qui ne servent point à l'affaire. Il y a peut-être là deux cents filles accouchées, et autant de familles déshonorées. On excuse l'accoucheur sur ce qu'il a tenu ce registre comme un marchand pour écrire ce qui lui est dû, comme un marchand et un autre ouvrier.

Mais un pareil registre ne serait pas cru en justice et on ne l'y doit jamais faire paraître. On en veut pourtant faire un commencement de preuve par écrit. Que n'arrive-t-il point dans ce monde ? Il ne faut s'étonner de rien.

Mémoires de Mathieu Marais, avocat au parlement de Paris sous la régence et le règne de Louis XV, 1715-1737.

Pour copie :
D...

LA VIE SYNDICALE

L'augmentation des honoraires au Syndicat médical suburbain de l'arrondissement de Bordeaux.

Bordeaux, le 25 novembre 1917.

Chers confrères.

Nous avons l'honneur de vous informer que notre Syndicat, dans sa réunion du 19 novembre, a décidé en principe qu'il y avait lieu de procéder au relèvement des honoraires médicaux à partir du 1er janvier 1918.

Reconnaissant qu'il ne pouvait établir une règle uniforme, il engage les confrères à s'entendre dans chaque région pour fixer les modifications à apporter aux tarifs locaux. Le Syndicat bornera son action à solliciter l'adhésion des confrères mobilisés et, le cas échéant, à offrir ses bons offices pour aplanir toutes difficultés.

Ce ne sera que lorsque les prix de la clientèle générale auront été relevés qu'il pourra demander aux pouvoirs publics une augmentation correspondante des tarifs d'assistance et d'accidents du travail.

Chers confrères,

Nous n'avons pas à nous étendre sur les raisons qui ont provoqué la décision du Syndicat : elles sont résumées dans ce phénomène économique du renchérissement de la vie qui nous fait débourser 10 francs pour tout objet d'une valeur de 5 francs avant la guerre et qui, en bonne logique, nous autoriserait à taxer à 10 francs ce qui ne nous était payé que 5 francs avant le mois d'août 1914. Or, cela nous ne l'avons pas fait, et, au grand détriment de chacun de nous, pendant que nos dépenses se doublaient, nous avons laissé nos recettes sans grand changement. Nous avons *tenu* pourtant jusqu'à ce jour : nous pourrons même *tenir* encore puisque nous avons trouvé dans une augmentation de travail une partie des ressources nécessitées par les besoins accrus. Il n'est pas juste cependant que, par un excès d'amour-propre, nous continuions à sacrifier plus longtemps le présent à l'avenir.

Le présent : car nous ne pouvons répondre aux exigences d'une clientèle augmentée que par un effort exagéré, créant une usure précoce qu'aucune économie possible avec les tarifs actuels ne vient balancer.

L'avenir : car lorsque demain nos confrères mobilisés reviendront prendre leur place parmi nous, là, où nous vivons humblement aujourd'hui avec nos honoraires surannés, nous sommes exposés à souffrir la faim quand notre nombre se sera doublé.

Il est certain, en effet, que la paix n'amènera pas de longtemps un abaissement appréciable du coût de la vie, et il est sage de prendre, dès à présent, toutes mesures propres à nous faire trouver, dans l'exercice de notre profession, les ressources nécessaires à notre existence. Ces ressources, nous ne pouvons les attendre que d'un relèvement de nos honoraires, relèvement que nous saurons établir dans un esprit de justice, sans rien oublier de nos traditions d'humanité et de désintéressement, en conformité de nos droits légitimes et des facultés de nos clients.

Cette réforme est aujourd'hui non seulement réclamée par le souci de notre situation matérielle, mais encore par le souci de notre respectabilité professionnelle. Lorsque tout augmente dans la proportion du simple au triple, si nous persistons à conserver nos tarifs d'avant-guerre, ne croyez pas que le public attribue cette stabilité de nos honoraires à la générosité de nos cœurs : non ! il en conclura fermement que nous étions payés jusqu'ici beaucoup trop chè-

rement et que nous sommes encore satisfaits puisque nous ne réclamons rien.

Enfin à ceux d'entre nous favorisés de la fortune, qui peuvent négliger l'augmentation de leur revenu professionnel, nous dirons : vous êtes plus indépendants que les autres parce que vous êtes moins besogneux, vous devez donner l'exemple ! Si l'abstention de votre part ne paralysait pas votre voisin dans son initiative, elle lui porterait un tort considérable par le parallèle désobligeant que le public ferait entre vos façons d'agir opposées ! Donnez l'exemple, parce que l'heure est favorable pour réaliser cette réforme, parce que demain, ce sera trop tard et que les confrères présents sous les drapeaux auront droit, à leur retour, de trouver des honoraires proportionnés à leurs besoins et à leurs sacrifices !

Aux confrères mobilisés :

Ce n'est pas, vous le voyez, uniquement guidés par nos intérêts de l'heure et du lieu que les médecins non mobilisés envisagent la question du relèvement des honoraires.

Vous avez la plus large part — celle que vous méritez — dans nos préoccupations. Personne, dans le pays, n'a mieux que nous apprécié vos efforts et vos services : nous étions la famille où l'on compatissait à vos épreuves, où l'on se réjouissait de vos succès, où l'on était fier de votre vaillance, de votre savoir, de votre dévouement par lesquels vous avez grandi le prestige et la noblesse de notre profession.

C'est dans cet esprit que nous attendons votre retour.

C'est pour que vous trouviez en rentrant dans vos foyers l'existence digne et assurée à laquelle vous aurez tant de droits que nous voulons organiser, dès à présent, une rémunération équitable de notre travail.

Vous savez qu'au début de la guerre nous avons décidé de ne garder volontairement aucun des clients ayant appartenu à un médecin mobilisé lorsque ce confrère viendrait, après les hostilités, reprendre l'exercice de sa clientèle. Cette promesse sera tenue, nous en sommes certains.

De votre côté, en revenant parmi nous, vous voudrez bien en échange ne pas recevoir trop facilement nos anciens clients qui se plaindront d'avoir été négligés ou pressurés.

Vous savez ce que signifient ces récriminations en temps ordinaire, sûrement elles deviendront plus nombreuses après l'augmentation des tarifs ! Or, en la circonstance, les absents n'auront pas tort et c'est sur nous qu'en retomberont toutes les responsabilités aux yeux du public.

Oui ! de part et d'autre, il sera fait un grand effort de bonne volonté déontologique pour éviter tout froissement. Et cet effort, par le seul fait qu'il sera tenté et manifesté, suffira à maintenir l'harmonie et la cordialité de nos relations. Nous ne voudrons pas à la comédie du *Médecin malgré lui*, en ajouter une autre plus grotesque du *Client malgré lui* !

Veuillez donc nous faire savoir si vous acceptez en principe le relèvement de nos honoraires. Indiquez-nous en même temps les confrères avec qui vous aurez à vous entendre et nous vous mettrons en rapport — si vous ne vous y mettez directement — pour arrêter entre vous les détails des modifications à apporter aux tarifs actuels.

Lorsque ces accords particuliers auront été réalisés, nous serons heureux de pouvoir les consacrer dans une réunion générale tenue à cet effet.

Dans cette réunion générale pourront également être définis les changements que nous demanderons aux pouvoirs publics d'introduire dans les tarifs d'assistance médicale et d'accidents du travail.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de nos sentimenrs dévoués.

Le président,	*Le vice-président,*	*Le trésorier,*
Dr Compans.	Dr Lescarret.	Dr Bourrus.
à Podensac.	à Béliet.	à Portets.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Assistance médicale gratuite. Application du Tarif départemental.

Conseil d'Etat.

Section du contentieux.

23 *mai* 1917.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (Section du Contentieux).

Vu la requête présentée par le sieur de L. demeurant à C. (Ille-et-Vilaine), tendant à ce qu'il plaise au Conseil, annuler un arrêté, en date du 13 juin 1911, par lequel le Conseil de préfecture du département d'Ille-et-Vilaine a statué sur la réclamation qu'il avait élevée contre le décompte des sommes qui lui étaient dues pour les interventions chirurgicales opérées, pendant l'année 1908, sur les indigents inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite.

Considérant que le Conseil de Préfecture du département d'Ille-et-Vilaine, appelé à statuer sur la demande du sieur de L. tendant au paiement d'honoraires se montant à 3,337 fr. 80, à raison de sa participation dans ledit départe-

ment au service de l'assistance médicale gratuite, a réduit le total de ses honoraires à une somme de 1.545 fr. 10.

Que pour opérer cette réduction, le Conseil de préfecture, par l'arrêté attaqué, s'est fondé sur ce que le montant total des honoraires réclamés par le requérant était manifestement exagéré par comparaison avec celui demandé par ses confrères assurant le même service et sur ce que la somme allouée, calculée sur la moyenne du coût des opérations effectuées en moyenne dans l'ensemble du service départemental pour la même année, constituait pour le sieur de L. l'exacte rémunération des soins qu'il avait donnés aux assistés.

Mais considérant que s'il appartient à l'administration intéressée de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement exécutées, et décomptées régulièrement d'après le tarif fixé conformément aux délibérations du Conseil général, elle ne saurait refuser le paiement des interventions chirurgicales effectuées, en se bornant à contester leur opportunité ;

Considérant qu'il n'est pas contesté que les honoraires réclamés par le sieur de L. sont afférents à des interventions chirurgicales effectivement opérées et que les prix détaillés sur son mémoire ne sont pas supérieurs à ceux figurant au tarif régulièrement fixé par le Conseil général d'Ille-et-Vilaine dans sa délibération du 10 avril 1902 ;

Qu'il suit de là que c'est à tort que le Conseil de préfecture a réduit le total des honoraires du requérant et que ce dernier est fondé à soutenir qu'il a droit ou paiement d'une somme de 3.337 fr. 80, à raison des soins donnés par lui, pendant l'année 1908, aux indigents inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite.

Décide :

ARTICLE 1er. — L'arrêté ci-dessus visé du Conseil de préfecture du département d'Ille-et-Vilaine, en date du 13 juin 1911, est annulé.

ARTICLE 2. — Le préfet du département d'Ille-et-Vilaine, chef du service départemental d'assistance médicale gratuite, est condamné à payer au sieur de L. une somme de 3.337 fr. 80, afférente à sa participation audit service pour l'année 1908.

ARTICLE 3. — Ladite somme portera intérêts à dater du 17 mars 1911.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Petite Correspondance (Suite)

serais très reconnaissant de bien vouloir me donner ce renseignement.

Réponse. — Nous ne saurions trop vous engager à vous abstenir de délivrer à votre ancien client, dans les circonstances actuelles, des ordonnances qui lui permettent de se procurer de la morphine. Outre qu'il est peu régulier, d'une manière générale, d'instituer un traitement sans voir réellement le malade, ce mode de procéder est plus blâmable encore quand il s'agit de formuler dans ces conditions des substances vénéneuses du Tableau B.

Dr D. à *Concours.* — Voudriez-vous être assez aimable pour me donner un petit renseignement :
Etudiant à 16 inscriptions, j'ai été nommé aide-major de 2e classe à titre temporaire le 22 février 1916. Après trois ans 1/2 de service dont deux ans 1/2 comme médecin auxiliaire au ...e bataillon de chasseurs alpins, puis-je espérer, d'après la loi du 10 août 1917, être nommé le 22 février 1918 médecin aide-major de 1re classe, et dans ce cas quelles sont les démarches à faire ? La condition d'un an de présence au front est remplie, puisque je ne l'ai pas quitté depuis le 2 août 1914.

Réponse. — La promotion au deuxième galon est de droit, aux termes de la loi du 10 août 1917, après deux ans de grade à titre temporaire, dont un an de service dans les armées.

Vous devrez donc être promu, à titre temporaire bien entendu, à la date du 22 février 1918. Il est inutile, en principe, de faire une demande. Mais si cette promotion tardait, vous pourriez rappeler vos droits par la voie hiérarchique.

La promotion devra alors intervenir, avec effet rétroactif au 22 février 1918 et rappel de solde.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 3 — 1er FÉVRIER 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 7. — Grande banlieue. Excellente et ancienne clientèle. 20.000 francs touchés, augmentation assurée. Médecin du chemin de fer. Reprise du loyer et légère indemnité avec toutes facilités. Occasion excep. Cause de santé.

N° 8. — Clientèle à céder de suite par suite de décès dans banlieue de Paris. Affaires 20.000 fr., un seul médecin actuellement. Nombreux fixes. Résidence très agréable. On présenterait le successeur à la clientèle. Conditions à débattre.

N° 9. — Achète microscope pour bactériologie, statif moderne et un oscillomètre Pachon. Docteur Constant, Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir).

N° 10. — Médecin libéré de l'obligation militaire, cherche poste dans clinique ou maison de santé.

Suite page XXV

Le VIN GIRARD

IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

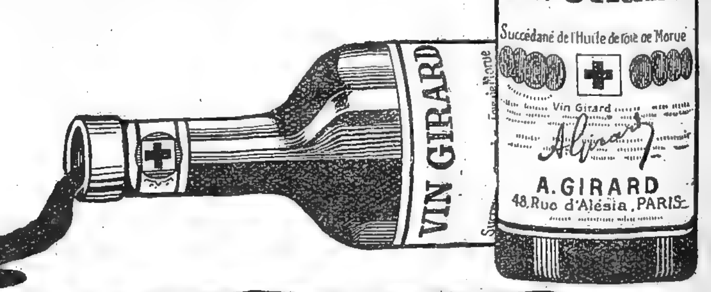
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia PARIS

Quarantième année — N° 3 — 1er Février 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Nécrologie.
Le Dr G. Lepage 99

Partie Scientifique

Kinésithérapie.
La thérapeutique par les mouvements, par le Dr Kouindjy 101

Thérapeutique de guerre.
Les secours aux blessés par gaz asphyxiants 105

Revue des Sociétés Savantes.
Sur l'ingestion de la quinine. — L'automobile dans le traitement de la coqueluche 109

Notes pratiques d'un médecin du front.
L'hygiène du travail et la main-d'œuvre territoriale dans la zone de l'avant, par le Dr A. Satre 113

Thérapeutique appliquée.
Chloro-bacillose et chloroses en général. Leur traitement par la Ferrophytine 114

Notes de pratique quotidienne.
L'ulcère variqueux 117

Correspondance

Aptitude restreinte et inaptitude définitive. — Il faut démobiliser les vieilles classes des médecins R. A. T. — A propos de la relève. — Toujours la relève. — Les médecins d'artillerie ne sont pas plus privilégiés que ceux des bataillons d'infanterie. — Les indemnités des médecins mobilisés au service des populations civiles 118

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au Fil de l'Actualité : Galons. Hiérarchie. Avancement. — Mutation et permutation 127

Partie Professionnelle

Médecine professionnelle.
Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (*suite*) 135

Mutualité Familiale du Corps médical français.
Réunion du Conseil de Direction 139

L'automobilisme médical 140

Le Livre d'Or du Corps médical Français.
Citations 141

Reportage.
Chambre de commerce de Troyes 141

NÉCROLOGIE

Le Dr G. LEPAGE

Ancien Vice-Président du Sou Médical,
Ancien Secrétaire général de l'Association Générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des médecins de France,
Accoucheur des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

La mort du Dr G. Lepage, que nous avons récemment annoncée, ne saurait passer ici comme un simple fait divers.

A plus d'un titre, Lepage fut un homme éminent ; pour plus d'une raison, il a droit à notre reconnaissant souvenir.

Il fut, certes, un maître habile qui rendit les plus grands services dans les maternités des hôpitaux parisiens ; ce maître se doubla d'un professeur pratique et éloquent. Mais il fut en outre un collaborateur du *Concours médical*, un partisan convaincu de l'utilité de nos filiales, un protagoniste de l'union des praticiens dans les œuvres de prévoyance et de défense professionnelle ; il s'efforça, comme secrétaire général de l'Association des médecins de France, de faire de cette société un organisme plus actif et plus en rapport avec les conditions d'existence nouvelles des médecins praticiens.



Tour à tour, interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de la clinique Baudelocque et répétiteur d'Obstétrique (1889-1892), chef de clinique du Pr Pinard (1892-1893), G. Lepage devint, en 1894, accoucheur des hôpitaux de Paris et, en 1898, agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine. Il fut brillant dans tous les concours et sortit premier de toutes les promotions.

Il dirigea en 1898 la Maternité de la Pitié, puis, à partir de 1908, celle de l'Hôpital Boucicaut. Clinicien émérite, Lepage publia avec le Pr Pinard, sous le titre de : *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, la statistique détaillée et ingénieusement classée de près de 50.000 accouchements, étude remarquable qui permit de tirer, au point de vue pratique, les plus intéressantes conclusions en obstétrique.

G. Lepage contribua considérablement au perfectionnement de la technique obstétricale. Sa thèse inaugurale sur l'*application du forceps au détroit supérieur* a démontré les avantages de la prise régulière de la tête ; il précisa les indications et contre-indications de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, s'efforça de restreindre le plus possible les opérations en cas de fibrome durant la grossesse, étudia

la conduite à tenir pour les kystes de l'ovaire des femmes enceintes. Nous signalerons encore ses travaux sur l'albuminurie des femmes en couches, sur la mort des choréiques durant la grossesse, sur le diagnostic de la fièvre typhoïde à la suite des couches, sur les indications de l'interruption de la grossesse dans les vomissements incoercibles, sur la torsion des fibromes durant la grossesse (en collaboration avec Mouchotte), sur les lésions du placenta, les décollements de l'œuf, etc., etc.

Il rédigea, en collaboration avec Ribemont-Dessaignes, un remarquable *Précis d'Obstétrique* dont le succès parmi les praticiens et les étudiants suffit à indiquer toute la valeur.

Pendant plus de vingt ans, il s'adonna à divers titres à l'enseignement théorique et pratique de l'art des accouchements. Ses conférences cliniques, soit aux étudiants, soit aux sages-femmes, lorsque Ribemont-Dessaignes le pria de collaborer à des cours de perfectionnement pour elles, furent unanimement appréciées.

L'intérêt qu'il donna aux cours théoriques qu'il dut faire à l'Ecole de médecine comme agrégé, intérêt qui dérivait tout entier d'observations judicieusement choisies qu'il puisait sans cesse dans sa grande expérience pratique, fut la démonstration la plus éloquente de l'absurdité qui consiste à obliger un praticien éminent à enseigner *ex cathedrâ*.

L'obstétrique est, en effet, une science faite entièrement de données pratiques et techniques, qu'un professeur ne peut enseigner utilement qu'au chevet des parturientes, dans la maternité où il opère.

***

Mais la carrière féconde de G. Lepage ne se borna pas aux services hospitaliers et à l'enseignement de la Faculté.

Encore interne des hôpitaux de Paris, M. G. Lepage entra en relations avec Cézilly et, il y a plus de 30 ans, le 14 août 1886, il débuta à la Rédaction de notre journal, où il publia une importante revue d'obstétrique *sur la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain*, et *sur l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales*. Il y exposait les idées de son maître, le Pr Pinard, et du Dr Varnier.

Pendant plusieurs années, G. Lepage continua régulièrement sa collaboration scientifique au *Concours Médical* avec son collègue des hôpitaux, le Dr P. Legendre.

Ses succès dans les concours des hôpitaux et de l'agrégation ne l'éloignèrent pas de notre milieu de défense professionnelle, dont il sut comprendre l'importance et la nécessité. Il ne se borna pas à une approbation tacite mais joua un rôle actif, et concourut à la fondation et à l'organisation du « Sou médical », le 14 novembre 1897 ; il en fut un des premiers vice-présidents.

Subissant l'influence des idées qui régnaient dans notre maison, il entreprit, avec le Dr P. Legendre, une série de *Conférences de Déontologie médicale* qui furent professées en novembre et décembre 1899, dans une des salles de l'Hôtel des Sociétés Savantes. Le succès de cette innovation attira l'attention du doyen Brouardel, et, en novembre et décembre 1900, les conférences de déontologie de MM. Lepage et Legendre reçurent une sorte de consécration officielle et eurent lieu au Petit Amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Ces intéressantes leçons furent publiées en 1902 par l'éditeur Masson sous le titre : *Le Médecin dans la Société Contemporaine.*

Un important chapitre y était consacré aux Associations médicales : Associations de prévoyance et de solidarité, Associations de défense professionnelle et Syndicats médicaux, où les œuvres du *Concours Médical* tenaient la place importante qu'elles méritent.

Les auteurs concluaient, du reste, en adressant un pressant appel aux étudiants qui, disaient-ils, devaient se hâter, au lendemain de leur soutenance de thèse, d'adhérer aux Associations de prévoyance et de Secours mutuels et aux groupements de défense professionnelle.

Lorsqu'en 1906, la mort du professeur Brouardel amena l'élection, à la présidence de l'Association générale des Médecins de France, de M. le Dr Lereboullet, secrétaire général, M. le Dr Lepage, tant par le succès de ses conférences, que par ses relations avec les praticiens du *Concours Médical*, se trouva désigné pour suppléer M. Lereboullet.

Il fut élu secrétaire général le 14 avril 1907, à l'Assemblée des délégués de l'Association.

***

G. Lepage, devenu secrétaire de l'A. G., exposa ses idées sur les questions professionnelles dans le remarquable historique qu'il publia à l'occasion du cinquantenaire de l'Association, en 1908, et dans les rapports qu'il présentait chaque année aux Assemblées générales de cette Société.

Son but constant était de démontrer qu'il ne pouvait y avoir d'opposition entre les intérêts réels des praticiens et les devoirs qu'ils ont à remplir.

Il s'efforça de donner une vie nouvelle à l'Association générale des Médecins de France qui, un peu peut-être par la force des choses, somnolait dans l'étude de vagues questions d'assistance. Il prit une part active au fonctionnement de notre *Amicale des médecins français*

pour l'indemnité-maladie, devenue aujourd'hui la *Mutualité familiale du corps médical français*, et à celui de notre *Caisse de pensions de retraites*.

Il insista pour que l'Association générale payât les primes de ses membres affiliés à ces deux Sociétés, qui seraient momentanément gênés, afin d'éviter leur déchéance, comprenant bien que c'était là à la fois le *devoir* et l'*intérêt* de l'Association.

Il s'intéressa tout particulièrement au sort des femmes et des veuves de médecins, il contribua puissamment à la fondation de la Société de Secours mutuels (retraites) pour les femmes de médecins et fonda la Société de retraites pour les sages-femmes.

Désirant faire entrer le plus tôt possible les jeunes médecins au sein de l'Association, il en fit modifier les statuts pour permettre aux internes des hôpitaux, nommés au concours et pourvus de 16 inscriptions, d'être admis avant la soutenance de leur thèse.

G. Lepage, suivant l'exemple de Lereboullet, s'efforça d'entretenir des relations cordiales avec les Syndicats médicaux et de mener avec eux une action concertée et parallèle, en évitant d'empiéter sur leur rôle de défense professionnelle.

Poussant au plus haut point le souci de la dignité de la profession médicale, et ne voulant pas, par excès de scrupule, que la délicatesse du médecin pût être effleurée même par l'ombre d'un soupçon, G. Lepage, avec l'intransigeance d'une conviction sincère, voulut imposer aux praticiens une ligne de conduite qui trouva parmi ces derniers une vive opposition.

Il abandonna alors la direction du Secrétariat de l'Association et se consacra uniquement à sa profession d'accoucheur.

La guerre vint ajouter au labeur excessif de ce travailleur robuste et acharné. Outre son service de la Maternité de Boucicaut, que l'absence de ses assistants mobilisés rendait d'un fonctionnement très pénible, G. Lepage accepta de donner son concours chirurgical à deux hôpitaux auxiliaires de Paris, et de diriger un des refuges pour femmes enceintes de l'Œuvre de guerre de Madame Max Cremnitz.

Il n'est pas douteux que le surmenage, qu'il dut alors s'imposer, contribua puissamment à sa fin brusque et inattendue.

Il est permis à chacun de ceux qui ont connu le Dr Lepage de discuter l'utilité et l'opportunité de la campagne de « moralisation » qu'il voulut tenter, et de juger excessifs ses scrupules, mais personne ne saurait mettre en doute la loyauté de ses intentions et l'ardent désir qu'il avait de placer aussi haut que possible l'idéal de la profession médicale.

Pour nous, qui avons bénéficié de sa précieuse collaboration et de ses conseils, nous ne saurions oublier les services qu'il a rendus au *Concours Médical* et à ses *Œuvres* ; nous ne saurions méconnaître qu'il a fallu à ce maître des hôpitaux, à cet agrégé de la Faculté, à ce futur professeur et académicien, une belle indépendance de caractère et une bien sincère conviction de la noblesse et de l'utilité de notre rôle, pour avoir osé prendre une part aussi ouverte et aussi longue à notre action, action mal connue, et mal comprise en haut lieu, et de ce fait, jugée par beaucoup comme subversive.

Aussi, gardons-nous de G. Lepage, un reconnaissant souvenir et adressons-nous à Madame Lepage et à sa famille, au nom du *Concours Médical*, du *Sou médical* et de toutes nos œuvres, l'expression respectueuse de nos regrets les plus sincères.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

KINÉSITHÉRAPIE

La thérapeutique par les mouvements

par le Dr P. Kouindjy
Chef du Service de Physiothérapie au Val-de-Grâce
(*Leçon faite au Val-de-Grâce*)

Le massage méthodique.
Suite et fin (1).

L'action thérapeutique du massage : Ceux qui connaissent le massage et ses effets bienfaisants dans une foule d'affections, n'ont certes pas besoin des preuves pour justifier son action thérapeutique.

Néanmoins, quelques auteurs ont procédé à l'expérimentation pour démontrer que cette action est une réalité scientifique. En 1891, les Drs Castex, Remy et Toupet soumirent les pattes de gros chiens à des forts traumatismes par contusions et par écrasements, et examinèrent ensuite les modifications survenues dans les tissus traumatisés chez les chiens massés et ceux qui ont été laissés comme témoins. Ils constatèrent par des coupes histologiques que les muscles des chiens non massés eurent leurs fibres musculaires remplacées par les travées

(1) Voir *Concours Médical*, 1918, no 2.

conjonctives, qui occupèrent cinq fois plus de place que les fibres musculaires saines. Le tissu nerveux des nerfs contusionnés de ces chiens fut remplacé également par le tissu conjonctif, qui dissocia les filets nerveux, contourna les vaisseaux et accéléra ainsi la dégénérescence du cylindraxe, ce qui se manifesta cliniquement par une périnévrite, une névrite interstitielle et une atrophie musculaire à peu près complète. Chez les chiens massés, les coupes histologiques présentèrent une structure à peu près normale des muscles et des nerfs ; le tissu conjonctif ne dépassa pas l'état normal et les muscles conservèrent leur volume et leur tonicité ; pas de névrite, ni de périnévrite.

Un autre auteur, le Dr Gourevitch, de Pétrograd, démontra que les pattes fracturées des animaux expérimentés se consolidaient plus vite, lorsqu'on les massait, que celles qui avaient été laissées comme témoins ; cette consolidation se ferait d'une façon complète, tandis que chez les animaux non massés, la consolidation était tardive et incomplète.

Ces deux citations suffisent pour vous prouver que les manœuvres massothérapiques ont une action thérapeutique établie scientifiquement. Plus tard, quand vous arriverez à vos études cliniques, rappelez-vous ce que je viens de vous dire et si la fantaisie vous prend d'essayer le massage chez les malades, vous constaterez vous-même que ce merveilleux agent thérapeutique a mérité sa bonne réputation. Vous verrez que si Hippocrate l'a conseillé aux médecins, c'est qu'il eut la preuve que le massage doit faire partie du bagage scientifique de chaque médecin. « Le médecin, dit-il, doit posséder l'expérience de beaucoup de choses et entre autres celles du massage ».

Les affections, dans lesquelles vous aurez l'occasion d'appliquer les manœuvres massothérapiques en avant ne sont pas nombreuses. Ce sont les entorses, les contusions, et les pieds gelés. Tous les autres cas sont évacués en arrière, et il sera trop long d'en parler ici même brièvement.

Je me bornerai, par conséquent, à vous décrire le massage des entorses légères, des contusions simples et des gelures de pieds sans troubles trophiques. Quant aux entorses graves, aux contusions compliquées ou aux gelures des pieds avec troubles trophiques, leur traitement massothérapique ne peut se faire que dans des formations sanitaires ou de la zone des armées, ou de l'arrière.

Le massage des entorses. Parmi les entorses, celle qui nous intéresse actuellement, c'est l'entorse tibio-tarsienne. Celle-ci se rencontre encore assez souvent en avant et a pour cause, soit une chute dans un trou d'obus, soit un faux-pas dans les tranchées ou dans les boyaux. Elle est caractérisée par une douleur au niveau de la malléole externe, par un gonflement, une ecchymose plus ou moins prononcée, et par une gêne et même une impossibilité de la marche. Dans beaucoup de cas, un massage méthodique, appliqué pendant quelques jours, suffit pour guérir cette entorse. Il y a des entorses qui guérissent en trois ou quatre jours, ce qui permet d'éviter d'évacuer l'homme en arrière.

Pour masser cette entorse, il faut placer la jambe du blessé sur un coussin long et de telle sorte que la face antéro-externe soit tournée en haut.

On divise la partie à masser en trois fractions : 1° la fraction qui se trouve au-dessus de l'articulation est massée d'une façon complète par les effleurages superficiels et profonds, les pressions, le pétrissage, les vibrations et si on peut, par des percussions ; 2° la fraction qui se trouve au-dessous de l'articulation, est massée partiellement par des effleurages superficiels et profonds et par des pressions digitales de préférence. On termine la première séance par des effleurages superficiels de la troisième fraction, celle de l'articulation elle-même. Dans les séances suivantes, on procède de la même façon, en ajoutant aux effleurages superficiels de l'articulation, les effleurages profonds, les pressions et les vibrations. Les séances sont terminées par un effleurage général du pied et de la jambe et par un bain chaud de 20 minutes. Pour lutter contre la déviation possible du pied, il est bon à la fin de chaque traitement d'appliquer une bande de tissu élastique avec rotation du pied en dehors. Les deux ou trois premiers jours, on laissera le blessé au repos ; puis on procèdera à un entraînement progressif de la station debout et de la marche.

Il faut savoir que souvent, les entorses sont compliquées d'arrachements ligamenteux et même de fissures ou de fractures difficiles à discerner sans les rayons X. C'est pour cette raison que je vous conseille de vous adresser à la radioscopie chaque fois que le traitement de l'entorse tibio-tarsienne devient réfractaire au massage après dix ou douze jours de traitement.

Les contusions. Les contusions sont caractérisées par une douleur vive, un engourdissement, un gonflement plus ou moins grand au niveau du coup et par une ecchymose plus ou moins étendue. Si quelques-unes des contusions doivent être soignées dans des formations de l'arrière ou de la zone des armées, la plupart peuvent se traiter sur place, et le massage doit être considéré comme le traitement de choix. Les animaux mêmes utilisent les pressions et les frictions de la langue pour se soulager des

coups qu'ils reçoivent. Depuis les temps les plus reculés, on sait que dans le cas d'un coup sur le front ou sur le tibia, il suffit d'y appliquer fortement une pièce d'argent ou une rondelle métallique pour que le gonflement et les douleurs disparaissent. Lorsqu'on se fait pincer le doigt dans une porte, dans beaucoup de cas cette contusion laisse une ecchymose, qui dure assez longtemps. Parfois même les douleurs persistent aussi un certain temps. Pour remédier à cet accident, il suffit d'exécuter le plus près possible de son début des effleurages d'abord superficiels, ensuite profonds avec des pressions dans le sens de la circulation veineuse pendant un quart d'heure à 30 minutes pour voir toutes traces d'accident disparaître.

Règle générale, pour masser une contusion il faut procéder par les effleurages et les pressions digitales, en allant du centre de la partie contusionnée vers la périphérie. Quand la douleur est atténuée, on peut ajouter les effleurages profonds et le pétrissage des tissus environnants sous forme de foulage. Ne pas manquer de masser les tendons, les ligaments, les capsules articulaires, si l'épanchement sanguin s'y infiltre. Souvent on est obligé d'utiliser des pressions palmaires profondes, appliquées sur la masse sanguine pour l'écraser et la faire résorber plus vite. On peut également utiliser des compresses chaudes dans les intervalles des séances et faire au moins deux séances par jour.

Les gelures de pieds. — Les manœuvres massothérapiques, comme effleurage, pressions, pétrissage et vibrations, peuvent rendre de grands services dans les cas de gelures des pieds sans troubles trophiques. Au début, appliqués méthodiquement, une ou deux fois par jour, le massage peut même prévenir les troubles trophiques par le rétablissement de la circulation ; car l'action mécanique de ces manipulations agit efficacement sur les troubles circulatoires de cette affection, cause principale des phénomènes destructifs et inflammatoires de cette maladie. Il faut masser d'abord la partie de la jambe située au-dessus de la partie atteinte et attaquer celle-ci ensuite portion par portion, afin d'activer sa circulation. On termine la séance par des effleurages de la jambe entière et des mouvements passifs appropriés.

Ainsi, de tout ce que je viens de vous exposer aujourd'hui, j'espère que vous saurez utiliser les manœuvres massothérapiques avec profit pour nos blessés chaque fois que l'occasion se présentera. En l'appliquant selon les principes exposés ici, vous vous rendrez bien vite compte de la puissance thérapeutique de cet agent physique. Vous constaterez que son application est très vaste et que si on l'utilise avec méthode et connaissance, on arrive à d'excellents résultats. Il faut, par conséquent, savoir s'en servir. J'ai la conviction que les notions que je viens de vous donner sur le massage, sur la façon d'exécuter ses manœuvres, sur l'action physiologique et thérapeutique de cet agent physique, vous suffiront pour en tirer le plus grand profit pour le bien de vos blessés.

THÉRAPEUTIQUE DE GUERRE

Les secours aux blessés par gaz asphyxiants.

Tous les médecins, militaires ou civils, de l'intérieur comme de l'avant, peuvent être appelés à soigner des sujets intoxiqués par les gaz nocifs de guerre. Si les vagues de gaz, en effet, font surtout des victimes parmi nos poilus des tranchées, elles se voient ou peuvent se voir également à l'arrière et dans les villes de l'intérieur, dans les bombardements par avions ou aéronefs, par exemple.

Quels sont les secours à donner aux victimes des gaz nocifs de guerre ?

Considérons tout d'abord les moyens prophylactiques. Ils se résument dans le port du masque spécial, bien connu. Le médecin, l'infirmier ou le brancardier devront revêtir le masque non seulement lorsqu'ils sont dans la zone de bataille, mais aussi lorsqu'ils sont appelés à secourir des blessés par gaz, dans un endroit clos, quel qu'il soit, dans une tranchée, dans une maison, dans une cave surtout.

La thérapeutique des gaz comprend : en premier lieu, une série de mesures générales, applicables à tous les gaz, sans distinction de nature ; en second lieu, des mesures spéciales, différentes, selon la variété de gaz à laquelle on a affaire.

Mesures générales.

Elles sont au nombre de deux principales :

1° Transporter le blessé en plein air ou dans une pièce très ventilée, dont on aura ouvert toutes les portes et fenêtres pour établir une aération intense.

2° Déshabiller et étendre le malade. Faire des tractions rythmées de la langue et de la respiration artificielle si la respiration est suspendue. Faire des inhalations d'oxygène, si la respiration persiste.

Mesures spéciales selon la variété de gaz.

A. — Gaz suffocants.

Ce sont les gaz dérivés du chlore et analogues (chlore, chloroformiate de méthyle, cétones bromées, etc.)

On reconnaît qu'on a affaire aux gaz de cette nature par leur accident clinique principal : l'œdème ou la tendance à l'œdème pulmonaire — œdème qui peut causer la mort immédiate ou tardive.

Le traitement sera le suivant :

Dans les cas légers : donner aussitôt une cuillerée à café d'ipéca (2 grammes de poudre) dans 100 gr. d'eau tiède ; puis, après vomissements, une tasse de thé ou de lait chaud. Si le vomissement n'a pas été obtenu, renouveler la dose d'ipéca au bout d'un quart d'heure. L'ipéca, en raison de son action décongestionnante, est le médicament de choix chez les intoxiqués par le chlore. Si le soulagement obtenu n'est pas suffisant, faire prendre une perle d'éther de 10 en 10 minutes, et faire inhaler, à titre sédatif, de l'oxygène au travers d'une compresse humide.

On prescrira le repos et la diète lactée.

Dans les cas intenses, chez les grands intoxiqués, en imminence d'œdème pulmonaire : employer, comme précédemment, l'ipéca, les perles d'éther, les inhalations d'oxygène. Y joindre des injections hypodermiques de caféine, de spartéine ou d'huile camphrée, et faire suivre d'une saignée de 300 à 500 gr.

Recourir, au bout de 4 à 12 heures, de nouveau à l'ipéca : à dose vomitive chez les cyanosés et les hypertendus ; à doses simplement nauséeuse (0 gr. 25 toutes les 4 heures) dans les autres cas.

Pendant 3 ou 4 jours continuer : l'ipéca, la saignée une fois par jour s'il y a lieu, les injections d'huile camphrée, de spartéine, les inhalations d'oxygène, la diète lactée, les ventouses.

Contre les douleurs gastriques, prescrire du bicarbonate de soude.

S'abstenir d'injections de sérum artificiel, d'atropine ou de pilocarpine.

B. — Gaz toxiques.

Les principaux sont l'acide cyanhydrique et les cyanogènes.

Ils se reconnaissent à leur odeur spéciale, plutôt agréable, d'amandes amères.

L'acide cyanhydrique, gaz d'action brutale, tue (parfois en quelques minutes), mais ne blesse pas.

Secours à donner : transporter le malade au grand air. Faire de la respiration artificielle ou des inhalations d'oxygène. Injecter de la caféine, de l'huile cramphée ou de l'éther.

Pratiquer des affusions d'eau froide sur la nuque. Ce moyen classique, *traditionnel*, est réalisé dans les laboratoires de chimie en plaçant la nuque du patient sous un robinet d'eau.

C. — Gaz lacrymogènes.

Ces gaz sont des dérivés benzyliques (iodure, bromure de benzyle).

On les reconnaît aux troubles oculaires.

On soignera les blessés par les lavages des yeux au sérum physiologique tiède, les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées d'huile camphrée, le repos et le lait.

D. — Gaz vésicants, caustiques.

Le plus commun est le sulfure d'éthyle dichloré.

On les distinguera par les accidents d'ordre irritatif et vésicant (gaz-moutarde), qu'ils déterminent sur les téguments et les muqueuses (conjonctives, fosses nasales, pharynx et larynx, scrotum).

Secours spéciaux : déshabiller les malades et savonner doucement les téguments sur tout le corps. Les vêtements et les linges seront mis à tremper dans une solution de carbonate de soude (5 gr. par litre).

Insensibiliser les conjonctives à la cocaïne et les laver au sérum tiède ou à l'eau bouillie.

Gargarismes à l'eau additionnée de bicarbonate de soude.

Au cas de douleurs épigastriques, donner du bicarbonate de soude en ingestion (une cuillerée à café).

Inhalations d'eau eucalyptolée pour prévenir les complications pulmonaires.

Pommades et poudres sur les érythèmes et irritations cutanées (1).

P. L.

(1) Les secours à donner aux victimes des gaz ont été étudiés par la *Section des Etudes chimiques de guerre*.



CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF
4 A 6 CAPSULES PAR JOUR — PRIX : 4 FR. 50

CAMUS

MALADIES
DU FOIE
ENTÉRO-COLITE
CONSTIPATION

CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

TÉLÉPHONE 414

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gastrique **MONCOUR** Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr.125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	EXTRAIT Hépatique **MONCOUR** Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	EXTRAIT Pancréatique **MONCOUR** Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	EXTRAIT Entéro-Pancréatique **MONCOUR** Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	EXTRAIT Intestinal **MONCOUR** Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR** Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	EXTRAIT Rénal **MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	CORPS Thyroïde **MONCOUR** Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	POUDRE Ovarienne **MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Menopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	AUTRES Préparations **MONCOUR** Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., et

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur l'ingestion de la quinine. — L'automobile dans le traitement de la coqueluche.

— MM. MATHEY et GAILLARDOT, médecins-traitants des hôpitaux auxiliaires 207 et 210 (hôpitaux spéciaux de paludéens) font, à la *R'union médico chirurgicale de la 7e Région*, une communication *sur l'ingestion de la quinine.*

Le médecins qui étudient le paludisme et qui écrivent n'ont pas toujours une bonne presse. Un journal médical, très lu des praticiens, les accusait, il y a peu de temps, d'être « des « bourreurs de crânes, accouchant d'une découverte par semaine tout comme ces fourmis-reines des termitières qui pondent, paraît-il, un œuf par minute ». Loin de nous une telle pensée : ces simples réflexions sur l'ingestion de la quinine n'ont pour but que de mettre nos confrères en garde contre certaines supercheries des malades, car plus on va et plus on voit que l'on peut faire beaucoup, sinon tout, avec la quinine, et que la quinine qui n'agit pas est souvent celle qui n'a pas été prise.

Donnant notre quinine d'après la loi de l'heure et de la périodicité des rechutes, nous trouvons un jour un de nos malades qui fait son second accès à 40°. Il avait peut-être le droit de faire le premier accès : il ne devait pas faire le second. Le contrôle des urines prouve qu'il n'a pas pris sa quinine ni avant le premier, ni avant le second. Le malade affirme qu'il l'a prise et l'infirmière-major confirme qu'il l'a prise devant elle. Le lendemain, ses affirmations sont moins énergiques : il a bien avalé le cachet, mais il l'a vomi une demi-heure après, comme cela lui arrive souvent, ajoute-t-il. En réalité, le malade n'avait pas pris sa quinine.

Un matin, l'un de nous monte à G., pour rechercher dans les urines la quinine ingérée la veille au soir. L'un des malades met à nous apporter son vase un empressement qui nous rend méfiant : son urine renfermait ce qu'elle devait renfermer de quinine au réactif de Tanret, ce qui augmente notre méfiance. Nous lui demandons donc d'uriner devant nous. Il n'en a pas envie ; nous lui disons de revenir, que nous ne sommes pas pressés. Une heure et demie après, dans des urines émises en notre présence, le Tanret donne un louche léger correspondant, d'après notre échelle colorimétrique, à l'ingestion d'un gramme de sulfate de quinine depuis une heure et demie à deux heures environ. Nous le lui disons. Il se défend, mais reconnaît avoir pris sa quinine la veille, plus tard que les autres. Pressé de questions, il dit l'avoir prise le matin de bonne heure. Nous lui disons qu'il nous trompe, tandis que le réactif ne peut pas nous tromper. Alors, finalement, il nous dit : « Eh bien, monsieur le major, j'aime mieux vous dire la vérité : j'ai avalé un cachet quand je vous ai vu entrer ».

Nous vérifions les urines de nos 143 malades : 6 sont dans le même cas que lui. A partir de ce moment, les cachets sont pris devant nous. Les malades défilent un à un, avalent le cachet et un verre d'eau par dessus. Nous les faisons causer, tirer la langue, nous inspectons la région vestibulaire : quelques rares urines ne précipitent encore pas par le Tanret. Donc, non seulement notre personnel, mais nous-mêmes sommes trompés. En resserrant la surveillance, nous surprenons un paludéen recrachant d'un violent effort de toux un cachet incomplètement avalé sans doute, et qui constelle d'un givre blanc de quinine sa moustache et sa barbe, fort surpris de nous voir sur cette petite porte de derrière de l'hôpital où il ne nous attendait pas. Par conséquent la forme de cachet doit être absolument abandonnée pour l'administration de la quinine, même en présence du médecin.

A partir de ce moment, la quinine est donnée devant nous en solution dans du sirop de café : à 18 heures une cuillerée à soupe, soit un gramme de quinine dans un verre, puis le verre est rempli d'eau pour enlever les dernières traces de quinine et nous assurer que la totalité de la solution est bien avalée. Quelques malades habiles arrivant néanmoins à rendre cette solution à l'aide de deux doigts introduits dans le fond de la bouche, quand ils la prennent avant dîner ; nous la donnons exclusivement après dîner, ce qui présente toutes sortes d'avantages. Nous en surprenons encore un qui essaie, par des manœuvres intragutturales aidées de violents efforts de toux, de rendre sa solution et qui y réussit ; mais comme son dîner prend le même chemin que sa quinine, il est découragé de recommencer le lendemain. Nous ne reconnaissons comme contre-indications que le vomissement spontané survenu en présence de l'un de nous, et constatons chez deux de nos malades, sur 150 environ, intolérance gastrique absolue pour la quinine en solution et même en cachet. Ces malades sont de bonne foi ; ils réclament eux-mêmes les injections de quinine que nous leur faisons.

Quoique nous ayons la certitude à peu près absolue que la quinine est prise, néanmoins, certains paludéens essayent de ne pas la prendre ; chaque jour, sur une quinzaine environ de malades qui ont uriné au laboratoire, nous faisons devant eux la recherche de la quinine dans leurs urines par les réactifs des alcaloïdes. C'est un moyen de tenir leur esprit constamment en éveil. C'est un moyen également, nous semble-t-il, de lutter contre leur scepticisme

vis-à-vis du médicament, scepticisme qui a bien souvent sa raison d'être, il faut l'avouer ; car un spécifique n'est pas forcément infaillible, mais scepticisme fatal. Nous disons à nos malades : votre quinine ressort, donc elle agit. Quelque peu de valeur qu'ait ce raisonnement, il a contribué à rendre à plusieurs la confiance dans le médicament. En faisant des réactions de Tanret ou autres devant le malade, nous faisons une sorte de suggestion armée. Nous avons vu un malade prendre de la quinine un jour de trop pour être bien sûr que son urine donne la réaction.

La réaction de Tanret nous est encore précieuse à un autre point de vue. Sur avis de M. le Directeur adjoint au Service de Santé, quelques permissions de 48 heures sont réservées aux malades qui ont le plus travaillé au jardin de l'hôpital.

Nous les donnons pendant la période de quatre jours de quininisation par semaine. Les malades emportent leur quinine et la prennent, car ils savent qu'en rentrant ils doivent se présenter au laboratoire où est fait dans leurs urines le contrôle de la quantité de quinine qu'ils ont prise.

Quelle est la morale de ces simples réflexions ? C'est que nous avons été trompés par des paludéens, mais c'est aussi qu'on peut éviter de l'être. Et notre seule consolation, si c'en est une, c'est que d'autres l'ont été au moins autant que nous.

Quelques-uns de nos malades, en effet, dont nous avions gagné la confiance, nous ont raconté en riant comment, dans tel hôpital que nous ne citerons pas et où l'on ne faisait d'injections intraveineuses de quinine qu'au lendemain des accès, l'organisme des paludéens était stérilisé comme par enchantement. Les malades redoutant leur injection intra-veineuse, savaient éviter qu'on marque leur crise en la dissimulant, et c'est aisé, comme l'un de nous a pu le vérifier à G., où un paludéen, avec 40°5 et qui voulait être évacué, se promenait, disant qu'il n'était pas malade. C'est une raison de plus, s'il en était encore besoin d'autres, pour que ni thermomètre ni feuille de température soient jamais laissés à la disposition des malades.

Il est logique que si un malade peut dissimuler un accès indésirable pour lui, il est des cas où il peut avoir intérêt à provoquer un accès opportun. Dans la *Presse médicale*, M. Wurtz disait dernièrement que les paludéens apprennent vite les moyens de le faire, et qu'il y en a plusieurs à sa connaissance. A la nôtre il y en a trois au moins : le bain froid ; le litre de vin blanc à jeun (moyen des coloniaux, qui a vite fait de déclancher l'accès précritique), et enfin, le surmenage spécial qu'entraîne, pour un filleul de guerre, la présence d'une marraine trop affectueuse.

S'il ne faut donc pas voir dans tout paludéen un simulateur, il ne faut pas avoir non plus en eux une confiance excessive, et s'il en est qu'il n'y a qu'à aider à guérir, il en est, et c'est le plus grand nombre, qu'il faut guérir malgré eux. Le traitement du paludisme est affaire de petits soins et de contrôle médical, et le vieil adage : *De minimis non curat prætor*, ne s'applique pas aux médecins, surtout aux médecins des paludéens.

Aussi, nous croyons-nous autorisés à donner à nouveau à ces simples réflexions sur l'ingestion de la quinine la conclusion que donnait l'un de nous, dès le 13 juin, quand il rappelait le « conseil » que MM. Grall et Marchoux « voudraient impératif, à savoir que le praticien doit se pénétrer de cette idée que l'efficacité de ses interventions résulte de la persévérance à les appliquer et à les varier ; il ne suffit pas d'une action de présence, le médecin doit non seulement diriger le traitement, mais savoir prendre à l'exécution des prescriptions la part la plus active et la plus directe ».

— M. A. Challamel présente à la Société de thérapeutique un travail intitulé *L'Automobile dans le traitement de la Coqueluche.*

M. Challamel préconise le traitement de la coqueluche par *l'aération rapide et prolongée* obtenue au moyen de courses en automobile.

Il a pu employer ce mode de traitement chez sept enfants, tous âgés de trois à neuf ans ; la guérison a été obtenue en deux jours dans un cas, en quatre jours dans deux autres cas, en un mois dans le plus mauvais cas ; mais même chez ce dernier malade, une amélioration immédiate et considérable a été constatée.

Il faut choisir un beau jour, placer les enfants dans une automobile découverte la figure tournée en avant pour que le vent la fouette en face, et partir à bonne allure.

Les malades doivent être excessivement couverts.

Chez cinq enfants, le résultat a été obtenu par une seule course de 100 à 150 kilomètres. Chez les deux autres, en cinq ou six courses d'une heure.

M. Challamel émet l'opinion que le mécanisme d'action de cette médication semble être *l'augmentation de pression intrapulmonaire* momentanée que doit déterminer la vitesse de la course.

Bien entendu les malades ne doivent présenter aucune complication : bronchite accentuée ou fièvre.

L'automobile entre ainsi dans notre arsenal thérapeutique, mais son emploi doit être prescrit par le médecin qui surveillera de très près le système respiratoire et l'état général du malade.



Notes pratiques d'un médecin du front

L'hygiène du travail et la main-d'œuvre territoriale dans la zone de l'avant,

Par le Dr A. Satre,
Médecin-major de 2e classe aux Armées.

La main-d'œuvre territoriale a, dès le début de la guerre, occupé, sous l'empire des exigences inéluctables de la campagne, une place considérable, et le commandement a trouvé en elle des ressources qu'il était loin d'espérer si solides et si fécondes.

Il ne paraît pas que l'utilisation de cette main-d'œuvre si précieuse ait toujours été entourée de garanties suffisantes, et il nous a semblé qu'on usait parfois sans mesure des forces de nos territoriaux, en leur demandant un rendement excessif, comme si elles étaient véritablement sans limites.

Nous pensons qu'il y a eu là une lourde erreur, et que l'intérêt national exige, au contraire, que la main-d'œuvre territoriale soit utilisée rationnellement, et avec de grands ménagements, car elle représente une réserve d'avenir qui doit être sauvegardée dans son intégrité.

Les mesures à prendre à cet effet ne sauraient, en aucune façon, entraver la mise à profit des territoriaux : c'est une constatation maintes fois faite, que toute amélioration apportée aux conditions du travail se traduit par une meilleure production.

Il faut seulement que cette production soit rigoureusement réglementée.

Les travaux exigeant des efforts dynamiques trop considérables doivent être prohibés pour les hommes des classes les plus anciennes, ou autorisés seulement sous des conditions déterminées, dont les modalités seraient faciles à fixer. Il y a lieu d'occuper ces hommes, de jour, dans des travaux où leur santé ne risque pas d'être compromise.

Le travail effectif ne devrait jamais dépasser dix heures par jour, coupées par un ou plusieurs repos, d'une heure au minimum ; les quelques instants de détente accordés aux travailleurs pendant l'accomplissement de leur tâche, ne doivent pas être considérés comme des repos, au sens étroit du mot.

Dans les premiers mois des hostilités, il faut reconnaître qu'il était difficile d'observer strictement ces indications relatives à la durée du travail, mais l'organisation actuelle devrait permettre de revenir maintenant, dans la plupart des cas, à la journée normale de travail.

Le travail continu doit être réparti entre plusieurs équipes successives, dont les heures d'utilisation peuvent être judicieusement établies : c'est vers cette conception qu'il faut tendre, parce que, tout en ménageant les forces physiques des travailleurs, elle permet d'obtenir un rendement maximum. Il ne devrait être dérogé à ces règles logiques sur la durée du travail qu'en cas d'urgence motivée par les contingences locales de la situation militaire.

Il est impossible, pour les travaux avancés des secteurs de combat, de les assurer autrement que la nuit, entre 21 heures et 5 heures. Mais les territoriaux des plus anciennes classes ne devraient pas être occupés la nuit et, parmi ceux des classes les plus jeunes, il serait sage de procéder à une sélection basée sur leur capacité physique.

Il est enfin nécessaire, quand la situation le permet, d'assurer, par roulement, aux travailleurs le bénéfice du repos hebdomadaire. Pour les travaux à marche continue, ce roulement pourrait s'effectuer sans soulever de bien grosses difficultés d'application ; c'est ainsi que, lorsque le travail est réparti entre trois équipes, occupées chacune huit heures un arrêt de huit heures ou la mise sur pied d'une équipe volante suffiraient pour permettre aux travailleurs de chaque chantier de se reposer pendant vingt-quatre heures au moins. Cette disposition compléterait heureusement les heureux effets de détente obtenus par l'institution si utile des permissions régulières.

L'état de débilité constitutionnelle ou de faiblesse passagère doit donner lieu à une mutation d'emploi, lorsque le travail antécédent ne répond pas aux exigences d'hygiène nécessitées par cet état.

Le travail prolongé par heures supplémentaires, en cas de nécessités urgentes, devrait être limité au strict minimum ; en aucun cas, il ne devrait être imposé comme mesure disciplinaire.

Parmi les régimes de travail susceptibles d'être choisis, celui des trois huit, nous semble le plus favorable. Le travail de jour, à demi-temps, quand il est possible, est meilleur.

Des consultations et conférences périodiques d'hygiène devraient être assurées régulièrement par le médecin du bataillon, sous le contrôle du médecin-chef du régiment.

Pour prévenir la propagation des maladies contagieuses, une surveillance active doit s'exercer constamment sur ces hommes mûrs, besognant, sous les intempéries, à de rudes labeurs. Des possibilités d'isolement individuel doivent être envisagées pour les « douteux », qu'il y a lieu d'évacuer sans hésitation si le doute se confirme.

L'organisation de la main d'œuvre territoriale, conformément aux données précédentes

◆◆

ne présenterait pas de grosses difficultés. Nous sommes convaincu que, dûment éclairé sur ses avantages, le commandement se ferait un devoir de faciliter la tâche des médecins en écoutant leurs observations et s'efforçant de les concilier avec les nécessités de la défense nationale.

En cette matière, comme en toute autre, le commandement gagnerait à prendre journellement l'avis des hommes de l'art pour toutes les questions touchant au bien-être des travailleurs. Il serait même désirable que fût désigné un praticien dévoué, au courant des conditions du travail, instruit des besoins du soldat, possédant bien les notions nécessaires d'hygiène générale, et réunissant de sérieuses qualités de tact et de fermeté dans le caractère, pour réaliser la surveillance technique régulière des chantiers de travailleurs. Ce médecin serait spécialement chargé de veiller à la bonne tenue des hommes, à leur propreté corporelle, à leur protection contre le froid et la pluie au cours des longues journées de labeur sous le ciel rigoureux du front français ; il s'occuperait aussi des conditions du repos des travailleurs, de l'hygiène des cantonnements, organisant, si possible, des vestiaires, des lavabos, des réfectoires, des salles de jeu et de délassement ; il pourrait enfin renseigner utilement les chefs militaires sur les améliorations à apporter pour accroître le bien-être matériel et moral de nos braves « pépères », inséparable d'une bonne et féconde production dans les durs emplois qui leur sont confiés.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Chloro-bacillose et chloroses en général
Leur traitement par la Ferrophytine

Bien que la pathogénie de la chlorose n'ait pas encore trouvé une explication physiologique définitive, et quelle que soit la valeur des théories organiques qui l'ont rattachée à des lésions génitales ou cardio-vasculaires, il est banal d'énoncer les rapports étroits qui l'unissent à la tuberculose, et combien souvent celle-ci se dissimule sous le masque de la chloro-anémie (phtisie torpide avec apyrexie, tuberculose initiale pseudo-chlorotique de Trousseau). La théorie infectieuse tend d'ailleurs à prévaloir depuis quelques années, et alors qu'autrefois on considérait la chlorose comme seulement capable de favoriser l'éclosion de la tuberculose, on en fait actuellement, soit une affection prenant sa source dans l'hérédité tuberculeuse (Hannot, Joly), soit une forme de l'infection bacillaire directe évoluant lentement sur un terrain neuro-arthritique, et se manifestant par des lésions plutôt ganglionnaires ou osseuses d'abord, avec métastases pulmonaires ultérieures.

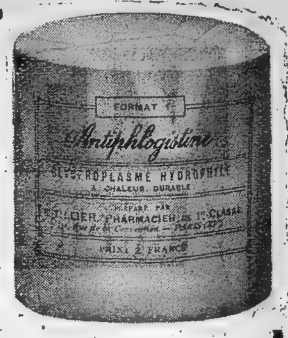
Dès lors, quelle thérapeutique lui opposer ? Pour être efficace, cette thérapeutique devra s'adresser aux deux phénomènes pathologiques dominants : l'infection tuberculeuse latente et l'hypoplasie hématique qui, anatomiquement, constitue le substratum de la maladie (Gilbert). On galvanisera aussi la résistance nerveuse du sujet, puisque la chlorose, comme l'écrivait Dieulafoy, « confine aux névroses autant qu'aux anémies ». En un mot, la médication de la chlorose devra être phospho-martiale. Le fer et le phosphore se trouvent réunis et associés sous une forme organique soluble dans un dérivé de l'acide anhydro-oxym. (oxyméthylène-diphosphorique), le phytinate de fer ou Ferrophytine. Ce sel de fer, à base d'un acide phosphorique organique est neutre, stable, extrêmement bien toléré par le tube digestif. Il renferme 6 % de phosphore et 7,5 % de fer.

Présentée sous forme de saccharolé, la Ferrophytine, qui possède la structure colloïdale, traverse l'estomac sans impressionner cet organe d'aucune façon ; arrivée dans l'intestin, elle est résorbée par les chylifères sans que se manifeste la moindre action irritative. On ne note après son administration, même prolongée, ni constipation, ni coloration dentaire. Aussi ce médicament doit-il être considéré comme la préparation martiale de choix lorsqu'il y a lieu tout à la fois de stimuler l'hématopoïèse, de relever la valeur globulaire, et de tonifier le système nerveux par un apport de phosphore, indication de premier plan chez les chlorotiques, tous ou presque tous en puissance de bacillose. (1)

(1) La Ferrophytine est fabriquée par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

Supérieur
aux Cataplasmes et Compresses

Chaleur humide, asepsie, action hydrophile et osmotique en plus.



MODE D'EMPLOI

— Chauffer la boîte au bain-marie; remuer avec une spatule ou couteau à bout rond pour répartir la chaleur. Appliquer chaud et en couche épaisse d'un demi-centimètre, directement sur la peau; recouvrir d'ouate. Laisser en place 24 à 36 heures.

— Tenir les boîtes à l'abri de l'humidité, pour que la pâte donne son maximum d'effet.

— La caractéristique de l'action de l'Antiphlogistine, comparée à celle des autres moyens d'application de chaleur humide, réside, en raison de sa composition (*Glycérine, Silicate d'alumine, iode, acides borique et salicylique, essences*) dans ses propriétés d'asepsie, d'absorption et d'osmose. Agissant sur les tissus ou organes congestionnés, infectés ou non, elle attire et engloutit secrétions et excrétions.

— L'Antiphlogistine possède encore des propriétés thermiques très particulières. Au contact de la glycérine anhydre qu'elle contient, l'exsudat qui, à travers les pores de la peau pénètre dans la pâte, détermine une élévation de température. Cette production de chaleur se continue jusqu'à épuisement de l'action osmotique de la glycérine. C'est pour ce motif qu'une application d'Antiphlogistine peut conserver la chaleur pendant 24 heures et même d'avantage. L'



Glycéroplasme minéral à chaleur durable

est indiquée dans tous les cas de congestion et d'inflammation d'origine ou non microbienne.

Quatre formats de vente

1. **250** gr. Prix **3. »**
2. **500** gr. — **4.50**
3. **1.000** gr. — **7.50**
4. **2.000** gr. — **15. »**

Impôt en sus.

— Boîtes d'essai et littérature à MM. les Docteurs

En vente dans les Pharmacies.

VENTE EN GROS : **B. TILLIER,** Pharm. de 1re Cl.

116, Rue de la Convention, PARIS (15e)

Adresse télégraphique : **Antiphlo-Paris** Téléphone : **Saxe : 40-89**

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'ulcère variqueux.

A) *Traitement externe* : Matin et soir, laver l'ulcération et ses replis, avec une infusion forte de *sauge officinale*, de *feuilles de noyer*, mélangée, à parties égales, avec du *vin aromatique*. Utiliser ce mélange à 40°. Assécher, très exactement, au moyen de gaze stérilisée.

Appliquer un large pansement compressif dont la gaze (en quatre doubles) sera imbibée du liquide de Duchesne :

Camphre	0 gr. 50 cgr.
Gomenol	2 gr. 50 cgr.
Baume du Pérou	1 gr.
Ether éthylique	50 gr.
Huile de vaseline	50 gr.

Durant la deuxième semaine, ce pansement ne sera ouvert que chaque 24 h., puis chaque 36 h., enfin chaque 2 jours.

Dès lors, utiliser suivant l'aspect de l'ulcère :

Soufre colloïdal	5 gr.
Ichthyol	3 gr.
Axonge fraîche camphrée	60 gr.

en larges applications chaque 48 h. ou bien :

Dermatol F.	ââ 5 gr.
Oxyde de zinc	
Soufre colloïdal	
Talc	15 gr.

B) *Physiothérapie* : Massage, effleurage du membre, au-dessus et au-dessous de l'ulcération.

Conserver le membre en surélévation du pied par rapport au genou. Air chaud. Héliothérapie prudente, au début. Séjour à Bagnoles-de l'Orne, Barbotan, etc.

C) *Traitement interne* : On a tendance à ranger l'ulcère variqueux dans le domaine de la « para-syphilis ». Durant le premier mois de traitement, nous avons couramment employé 20 injections intra-musculaires de :

Benzoate de Hg	15 milligr.
Méthylarsinate disodique	cinq centigr.
Véhicule q. s. p.	1 ampoule de 2 c³.

Ces 20 injections, en deux séries, séparées par un intervalle de 10 jours.

En dehors de ce traitement, faire prendre dans une tasse à thé de Sauge, 15 gouttes, deux fois par jour, (loin des repas) de la mixture suivante :

Poudre d'intrait de marron d'Inde	1 gr.
Alcool à 90°	ââ 10 gr.
Glycérine	
Teinture de Sénécio vulgaris	ââ 15 gr.
— d'hydrastis canadensis	
Teinture d'hamamelis virginica	

Dr R. Molinéry (de Barèges).

CORRESPONDANCE

Aptitude restreinte et inaptitude définitive.

Puis-je vous demander de bien vouloir me donner votre avis, par l'intermédiaire de votre journal, sur l'anormale situation suivante, je veux dire sur l'opportunité d'en demander la révision et, s'il y a lieu, sur les moyens de l'obtenir.

Classé inapte à faire campagne depuis la mobilisation, puis inapte définitif en 1916, je suis devenu en septembre 1917 « d'aptitude restreinte » puis comme tel envoyé au front, et là affecté à une ambulance de l'avant. En sorte que d'*inapte définitif*, je suis devenu *apte à faire campagne à l'avant*, le tout *sans aucune visite médicale* depuis celle qui en 1916 m'avait classé inapte définitif.

Ces mutations et affectations sont-elles légales et conformes aux décrets et circulaires en vigueur ? Puis-je en demander la revision et dans l'affirmative, sur quels textes puis-je m'appuyer ?

Je lis, d'autre part, que d'après une récente circulaire ministérielle, les officiers de complément des régions, classés inaptes définitifs après examen par la commission de réforme, seront mis hors cadre ou affecté à un poste sédentaire. Si les officiers du corps de santé sont également visés par cette circulaire, ceux d'entre eux inaptes défi nitifs envoyés au front avec « aptitude restreinte » verront-ils également leur situation modifiée en exécution de la même circulaire ?

Dr B.

Aide-major aux Armées.

Réponse.

Aux termes de la circulaire ministérielle no 574 Ci/7 du 20 août 1917, publiée dans le no du 1er octobre 1917, p. 824, les médecins ne peuvent plus être classés « inaptes à faire campagne », mais *aptes restreints*.

La décision prise envers vous est donc, *à ce point de vue, régulière.*

Son exécution ne l'est plus, si, comme vous nous l'écrivez, vous n'avez subi aucune visite médicale à la suite de votre envoi aux armées.

En effet, le § 3 de cette circulaire ministérielle dit expressément :

« *Une fois parvenus à la gare régulatrice, ces « officiers (aptes restreints) seront examinés, s'il « y a lieu, par le médecin-chef de la réserve du « personnel. Si un doute s'élève sur l'état de santé « d'un officier, celui-ci sera hospitalisé dans les « formations sanitaires où le médecin consultant*

« *d'armée à son service (ou chirurgien consultant* « *du centre hospitalier). Le médecin ou chirurgien* « *statuera.*

« *Dans le cas où l'officier serait reconnu impro-* « *pre au service, il sera renvoyé à sa région d'ori-* « *gine en vue d'une proposition réglementaire* « *pour la mise hors cadres* ».

Voilà qui est formel.

Fort de ce texte officiel, vous n'avez qu'à vous faire porter malade et à demander à ce que vous en soient appliquées les dispositions.

Si vous êtes reconnu, comme précédemment, *inapte définitif*, vous serez placé dans la position hors cadre qui vous permettra de rentrer chez vous.

Il faut démobiliser les vieilles classes de médecins R. A. T.

I

Dans *Paris Médical*, P. Carnot propose que « chaque médecin puisse revenir pendant trois « mois à sa résidence, reprendre contact avec « ses malades tout en assurant les soins mili- « taires des hospitalisés et des indigents civils ; « puis après trois mois, il retournerait sur le « front... En cas d'alerte, les médecins envoyés « chez eux rejoindraient immédiatement leur « formation. »

Cette offre me paraît bien dangereuse pour les médecins de campagne, tout au moins, c'est pourquoi je vous envoie les réflexions qu'elle me suggère.

Le médecin renvoyé chez lui devra ouvrir sa maison, reprendre des domestiques qui n'ont pas été gardés depuis la guerre. (Quel est le bon serviteur qui voudra se louer pour trois mois seulement ?) — acheter (et à quel prix ?) un cheval ou une auto s'il n'a pu conserver ses moyens de locomotion — faire remettre sa voiture en état (combien de temps lui demandera-t-on ?) si elle est au garage depuis juillet 1914 ?

Les clients ne reviendront pas du jour au lendemain, surtout s'ils savent que dans 8 mois, leur médecin doit repartir. Ils continueront à s'adresser au confrère qui les soigne depuis août 1914.

Les assurances-accidents — suspendues depuis la guerre — recommenceront à courir puisque, nous nous servirons de nos autos ou de nos voitures. Le Fisc enfin aura un excellent prétexte pour nous réclamer l'impôt pour nos moyens de locomotion.

Finalement, quand au bout de 3 mois — s'il n'est pas rappelé dans l'intervalle — le médecin rejoindra la direction du Service de Santé,

il constatera avec amertume que loin d'avoir joint les deux bouts pendant cette mise en sursis, il a écorné dans de fortes proportions ses réserves, ou contracté de nouvelles dettes.

Si le médecin renvoyé chez lui pour 90 jours continue à toucher sa solde, il aura bien soin de ne pas reprendre sa clientèle, se contentant d'exercer en amateur. Mais alors, qu'aura gagné à cette mise en sursis la « population civile de l'intérieur » pour laquelle cette mesure serait prise dans le but de lui assurer « les soins médicaux » ?

La seule solution est la démobilisation des médecins des vieilles classes, et non la mesure actuelle qui leur permet de cumuler leur solde et de faire de la clientèle payante. Il faut opter entre les honoraires des civils et la solde militaire. On verrait alors nombre de 4 et 3 galons donner leur démission, ce qui faciliterait l'avancement.

J'ajoute que je n'attends aucun galon, et que je suis de la classe 1894, ce qui enlèvera à ceux qui me lisent la pensée de croire que je travaille pour moi en écrivant ces lignes.

Dr Maurice G...

Réponse.

Nous sommes entièrement de votre avis.

M. P. Carnot est un professeur éminent qui parle et raisonne comme quelqu'un qui n'a aucune idée des véritables intérêts des modestes praticiens.

C'est son excuse.

S'il jouit de quelque influence auprès des dirigeants du Service de Santé, qu'il en use plutôt pour demander avec nous *la mise en congé sans solde* de tous les médecins R. A. T. jusqu'à la classe 1893, qui en feront la demande.

Voilà la solution élégante, ô combien ! qui donnerait satisfaction au public, aux médecins et au Trésor.

II

J'ai lu dans le dernier numéro de 1917 du *Concours* un article d'un confrère exposant les avantages, au point de vue général, du renvoi dans leurs foyers des médecins auxiliaires du service auxiliaire, docteurs en médecine, territoriaux ou R. A. T. La rédaction du journal approuvait cette idée ; mais ne pourrait-elle pas la soumettre au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé ou même à la Commission des économies ?

Réponse.

Nous sommes d'accord, ainsi que vous le reconnaissez aimablement, et nous n'avons pas attendu à maintenant pour faire les démarches que vous nous suggérez.

A propos de la relève.

Voici 28 mois que je suis au front, tour à tour 10 mois dans un régiment, puis dans un groupe de brancardiers divisionnaires, unité combattante. J'ai 41 ans et suis père de 3 enfants. Fatigué par cette longue période de vie à l'avant, j'ai demandé non à être relevé, mais à être mis à l'arrière du front ; on me répond qu'on ne peut me remplacer momentanément.

Que dois-je faire ? Puis-je invoquer une circulaire du Service de Santé, me classant parmi les vieilles classes et en conséquence, me permettant d'atteindre le but auquel je vise ? J'ai bien peur qu'il n'en existe pas. Puis-je invoquer la loi Mourier obligeant les jeunes qui n'y ont pas encore satisfait, à passer dans des unités combattantes, pour passer moi-même à la place que je crois avoir le droit d'occuper ?

Je sais que maintes fois vous avez répondu à semblables questions, car nombreux sont les confrères qui se trouvent dans ma situation et qui, venus ici avec l'espoir d'une relève qu'on leur avait fait entrevoir, s'aperçoivent que leur séjour au front s'éternise dans les postes les plus périlleux et les plus pénibles sans recours aucun, alors qu'il suffit de quitter les zones dangereuses pour rencontrer des jeunes et fringants confrères célibataires ou sans enfants pour la plupart.

Dr N.

Réponse.

Depuis la circulaire ministérielle d'octobre 1916, il n'y a plus de relève pour les médecins, hors le cas de blessure ou de maladie.

Toutefois, il y a quelques mois, le Sous-Secrétaire d'Etat a décidé de ramener à l'intérieur les médecins R. A. T. des vieilles classes jusqu'à la classe 1891 inclus.

Vos enfants vous classent dans la classe 1393, classe non comprise dans la relève prévue. Vous ne sauriez donc vous réclamer de cette décision, pas plus d'ailleurs que de la loi Mourier, pour obtenir votre affectation à l'arrière.

Si vous êtes fatigué, vous pourriez peut-être invoquer la raison de santé pour avoir satisfaction.

En tous cas, nous persistons à croire que les autorités médicales des armées ne peuvent méconnaître les prescriptions ministérielles qui se traduisent par la formule : les vieux à l'arrière, et que vous seriez fondé à faire état de ces prescriptions pour invoquer votre classe de départ (1893) dans le but d'être affecté à un emploi de la zone des étapes ou de l'arrière.

Toujours la relève

Je viens de lire le n° du *Concours Médical* du 1er janvier, avec l'article signé Dr L..., au sujet des « mécontents ». Toujours cette question de relève qui nous intéresse tous.

Je partage l'avis de notre confrère lorsqu'il écrit : « pas de relève, sauf cas exceptionnels, pour les étudiants en médecine ou jeunes médecins ». J'ajouterai : pas de relève pour les étudiants ou médecins de l'active. J'avais toujours cru, dans ma candeur naïve, que la relève n'avait été créée et mise au monde que pour les médecins de complément, ce qui paraissait équitable et logique ; et je pensais que les méd cins de l'active ne devaient être relevés qu'à la suite d'évacuation, par blessure ou maladie. L'officier de l'active n'est-il pas toujours sur la brèche ?

Parle-t-on de relève pour lui ? Non ; il n'y a que l'évacuation ! Pourquoi faire une différence entre l'officier et le médecin ? N'ont-ils pas tous deux pris les mêmes engagements en entrant dans la carrière militaire ? Peut-être, à ce moment, nos confrères de l'active n'avaient-ils pas prévu la guerre ? Peut-être croyaient-ils qu'elle ne serait pas éternelle, comme elle menace de le devenir ? Peut-être aussi qu'il est bon de conserver quelques médecins de l'active pour l'après-guerre ?

C'est sans doute pour toutes ces raisons et pour bien d'autres qu'il nous plaît d'ignorer, que les médecins de l'active ont été les premiers à bénéficier de la dernière relève, destinée à remplacer les médecins, ayant plus d'un an d'infanterie, par les médecins du génie, de l'artillerie, etc. Je pourrais citer plusieurs cas ; je ne citerai que le mien. J'ai relevé dans un régiment d'active un aide major, élève de l'école du Service de Santé de Lyon, 12 inscriptions, 26 ou 27 ans, célibataire, plein de vie et de santé ; j'ai 33 ans, je suis marié, j'ai trois enfants, une santé médiocre ; j'ajoute que j'ai 25 mois de corps de troupe. Et mon cas n'est pas isolé. Mais... je ne me plains pas Je dis seulement : pas de relève pour les étudiants en médecine ou médecins de l'active, sauf blessure ou maladie ; leur place est au front, et au front, dans les bataillons d'infanterie d'abord.

Comme le Dr L..., j'estime qu'il n'est pas prudent de confier un bataillon à un jeune étudiant en médecine ; je dis même plus : c'est quelquefois dangereux. Le jeune étudiant n'a le plus souvent, ni l'expérience, ni la compétence, ni l'autorité nécessaires. Il ne peut pas imposer sa volonté ; il est trop l'esclave de son chef de bataillon qui voit en lui un étudiant et non un médecin ; et cela au plus grand détriment de la santé des hommes.

Que l'on confie les postes de médecin de ba-

taillon à des étudiants en médecine ayant à peu près terminé leur scolarité, ayant une certaine pratique hospitalière, ou bien à des docteurs en médecine, avec, sous leurs ordres, les jeunes étudiants ! Ainsi la garantie donnée aux troupiers sera-t-elle plus grande, le corps médical n'en sera qu'un peu plus honoré !

Il y aurait encore beaucoup à écrire sur la relève et sur bien d'autres sujets intéressant le corps médical mobilisé. Pour aujourd'hui je m'arrête là, non sans adresser mes félicitations et mes encouragements au *Concours* pour la bonne volonté et l'énergie qu'il met à la défense de nos intérêts, hélas ! si souvent méconnus !

Dr M. D.
médecin de bataillon,
No d'infanterie.

Les médecins d'artillerie ne sont pas plus privilégiés que ceux des bataillons d'infanterie.

Le Dr L... exprime dans le *Concours Médical* du 1er janvier 1918, page 37, une opinion qui me paraît être quelque peu erronée, ou tout au moins que je ne partage pas, et cela, avec beaucoup de mes confrères.

Je vous serais fort obligé si vous me permettiez de mettre la contre-partie sous les yeux de vos lecteurs.

« Crions, dit le Dr L... qu'il y a un abîme entre le médecin de bataillon d'une part, et les médecins d'artillerie, du génie, d'ambulances, d'H. O. E., etc... d'autre part. »

Je ne connais pas, et pour cause, la situation des médecins d'ambulance et d'H. O. E. Mais je crois pouvoir affirmer que la situation des médecins d'artillerie et du génie est tout aussi précaire et périlleuse que celle des médecins de bataillon.

S'il fallait des arguments frappants pour convaincre le Dr L... je l'inviterais à faire une ballade sur les positions d'artillerie les jours de « contre-batterie » et aux entrées des galeries les jours où « ça saute. »

Il me parait injuste que pour plaider la cause des médecins de bataillon, on écrase des confrères dont le sort ne vaut guère mieux.

Signé : R...
Médecin auxiliaire dans un bataillon d'inf.

Les indemnités des médecins mobilisés au service des populations civiles

J'ai recours à vous pour me fournir quelques renseignements au sujet d'une note d'honoraires qui me paraît présenter quelques difficultés. Voici les faits :

Mobilisé au B. pour y assurer le service civil

de 2 cantons, je suis appelé télégraphiquement a quelques jours, par le maire d'une commune pour aller constater le décès d'un individu qui vient de succomber à la suite des blessures reçues. Qui doit me payer ? Est-ce la mairie ? Dois-je demander le payement *des frais de déplacement* et du *certifical fourni* ?

Le lendemain du constat, nouveau télégramme du juge de paix m'ordonnant, au nom du procureur, d'aller faire l'autopsie du cadavre et de fournir un rapport.

La distance parcourue est de 49 à 50 kil. Que me doit-on ? Quel est le prix du déplacement ? Quel est le prix du rapport fourni ? J'ai dû prendre un repas en route. Dois-je en demander aussi le remboursement ? Dr S.

Réponse

Du moment où vous êtes mobilisé, aux termes des D. M. 17.023 du 4 décembre 1914 et 63 Ci/7 du 21 avril 1916, vous ne devez pas recevoir d'honoraires des particuliers ni des administrations civiles.

Seuls peuvent être exigés des particuliers, des administrations civiles ou des municipalités, suivant les cas, *les moyens de transport nécessaires ou le remboursement intégral des dépenses et frais divers occasionnés par ces déplacements.*

Nous vous conseillons donc de présenter aux autorités qui vous ont appelé un mémoire établissant uniquement le montant de vos frais de déplacement (chemin de fer, auto ou voiture) et de tous autres frais que vous avez dû supporter, repas compris.



PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Galons. — Hiérarchie. — Avancement.

I

La question des ficelles.

Opinions d'un médecin ayant vécu dans un milieu militaire avec *des galons* et *sans galons* — d'après une expérience basée sur des faits personnels au cours d'une pratique de dix-sept ans et reconnue par des récompenses officielles concernant des faits d'ordre exclusivement médical et militaire.

Distinguo :

I) *Relations personnelles du médecin militaire avec les camarades combattants.*

Galons non nécessaires.

Un médecin par ses connaissances générales, son éducation, peut et doit trouver une place digne de lui dans ce milieu composé, il est vrai, d'*éléments si divers* que parfois malheureusement le galon devient *utile*.

II) *Relations administratives avec le commandement.*

Galons non nécesssaires.

Un médecin par ses connaissances spéciales, peut et doit s'imposer au commandement — mais ici encore le galon peut être *utile* pour la même raison que plus haut.

III) *Relations des médecins entre eux.*

Galons non nécessaires, mais utiles car, fait regrettable, mais non exceptionnel, certains confrères, aussi bien de complément que de carrière, présentent la même mentalité que certains combattants.

IV) *Relations avec le personnel subalterne.*

Galons nécessaires.

La discipline ne peut être obtenue que par le galon, la mentalité spéciale indiquée plus haut étant d'autant plus marquée que le milieu devient plus inférieur.

V) *Relations avec les malades et les blessés.*

Galons non nécessaires ni utiles.

Un médecin, quel que soit son grade, peut et doit dominer celui qu'il soigne. Ici le grade du traité n'a rien à faire avec le grade du traitant, si celui-ci le veut bien.

Conclusions :

Galons nécessaires au point de vue discipline; utiles, au point de vue relations ; inutiles, au point de vue médical. Docteur L. C.

II

Permettez-moi de vous donner mon humble avis sur quelques-unes des questions qui sont à l'ordre du jour de notre journal, si j'en juge par ce que je lis !

Les galons des médecins. — Vous allez me traiter d'esprit rétrograde. Oui, je crois qu'il faut des galons aux médecins. Je crois surtout que la suppression des galons, et leur remplacement par je ne sais quelle hiérarchie, est une réforme qu'on ne peut guère entreprendre dans les circonstances actuelles parce qu'elle exigerait une mise au point nécessairement minutieuse et assez longue. Or, comme le dit notre grand Premier « il faut traiter les affaires en hommes d'affaires, donc aller vite » (C. M. 16156). Mais une réforme beaucoup plus simple, et qui rentrerait dans l'esprit de la dite circulaire serait l'unification de désignation des officiers selon le grade : Lieutenant, capitaine, commandant. Cette réforme, que seul notre particularisme étroit nous a empêché de réaliser ou plutôt de maintenir, ne présente en réalité aucun avantage moral ou matériel pour le Corps médical et croyez bien qu'en la préconisant, je n'ai pas la moindre arrière pensée de créer des équivoques ou de réclamer notre assimilation stricte aux corps combattants. Le Corps médical se suffit à lui-même : il a sa personnalité, son Livre d'Or et ses titres de Gloire dont il peut être fier à juste titre. Mais je vois dans cette réforme, d'une réalisation facile, une simplification séduisante, et.., un gain de temps. Il est plus court et plus rapide de dire : Mon capitaine que Monsieur le médecin-major, ou même Monsieur le major. Il est plus vite fait d'écrire sur un « état » : Dr Dupont, capitaine, que Dupont, médecin-major de 2e classe lorsque ce n'est pas médecin aide-major de 2e classe. Au total, trente ou trente-cinq lettres au lieu de quinze ou size. « Temps morts qui ralentissent la machine administrative » (même circulaire).

Notez bien que la mesure de simplification que je réclame pour notre Corps, je la réclame également pour tous les autres corps et services, intendance, officiers d'administration, etc.

J'ai peine à croire qu'elle ne retienne pas l'attention de ceux dont elle dépend. Elle présente en effet un autre avantage à un moment où les alliés combattent côte à côte sur tous les fronts, et je pourrais même dire sur tous les points de tous les fronts. Elle simplifie à nos alliés la connaissance de nos grades en les assimilant aux leurs. Il est remarquable en effet que le peuple

français se soit trouvé le seul assez particulariste pour créer des dénominations spéciales pour les grades des médecins. Chez tous nos alliés, un médecin est appelé selon son grade : lieutenant, capitaine, etc. Et un confrère anglais ou italien à qui on explique notre hiérarchie s'y perd bien vite et persiste à nous appeler plus simplement lieutenant ou capitaine. Réalisons donc l'unité de grade comme l'unité de front.

Les inaptes restreints. — C'est avec une certaine joie que j'ai trouvé un matin dans le courrier cette circulaire de justice. Je l'ai lue et relue avec le plus vif intérêt, persuadé qu'elle allait enfin donner satisfaction à ceux qui ont fait à l'avant plus que leur devoir et leur permettre d'aller prendre enfin un repos bien gagné. Car je suis de ceux qui croient encore aux circulaires, même lorsqu'elles sont susceptibles de gêner bien des gens; j'allais dire de léser des intérêts. Hélas ! je crois qu'on s'est « gaussé » de nous, si j'en juge d'après ce que je vois dans ma région. Et je souhaite ardemment de recevoir le démenti le plus catégorique qui me dira que la circulaire est appliquée et bien appliquée. Mais je connais ici certain collègue, qui se porte comme le « Pont-Neuf », qui oncques ne parut dans la zone des armées (ou si peu !) ; et qui est to jours dans le bureau de direction où je l'ai laissé à mon départ au front depuis plus de trente mois : il y a même gagné son troisième galon auquel aspirent encore à juste titre beaucoup de ses aînés.

Inutile de vous dire qu'il reçoit de la façon la moins courtoise les camarades retour du front et qui, de passage à la Direction, se permettent de lui demander un service, voire même un simple renseignement. J'en connais d'autres dans le même cas. J'en conclus que beaucoup des meilleurs efforts de notre Sous-Secrétariat se perdent dans les rouages d'exécution. Dans le cas p rticulier des inaptes, je crois que les mêmes abus se perpétueront tant que les conditions d'inaptitude ne seront pas déterminées en dehors de toute influence régionale. Ce n'est pas encore le cas. Le jour où une commission de médecins, retour du front après trois ans, fera le tour de France pour examiner les conditions d'aptitude de ceux qui n'y ont jamais paru, je suis persuadé qu'on trouvera du changement. Et qui pourrait être mieux désigné que cette commission pour déterminer l'affectation qu'auraient à recevoir les « inaptes restreints » dans la zone des armées ?

Les nominations de médecins-majors de 2e classe. — Encore une question toute d'actualité et à laquelle je me permettrai d'ajouter un simple mot. Il semble qu'il y ait à ce sujet une confusion de points de vue. Trop de confrères en effet, me paraissent réclamer leur troisième galon, si j'ose dire, au nom de leur âge et de leurs charges de famille. Pour la question d'âge, il n'est cependant question que du rajeunissement des cadres : et nous connaissons tous des services qui marcheraient certainement mieux, s'ils avaient à leur tête, des confrères moins âgés, et même moins élevés en grade. Une récente circulaire ministérielle parle dans le même sens. Quant aux charges de famille, c'est là que je trouve la confusion de points de vue, et qui est d'ailleurs le fait de notre législation qui s'est, hélas ! si peu souciée de ces charges.

Pourquoi un lieutenant célibataire a-t-il la même solde qu'un lieutenant qui a trois enfants ? Pourquoi celui qui a trois enfants a-t-il la même solde que celui qui en a 6 ? Pourquoi un capitaine sans enfant touche-t-il une solde plus élevée qu'un lieutenant qui en a deux ? Etc., etc. En un mot, pourquoi la solde est-elle fonction uniquement du grade au lieu d'être fonction et du grade et des charges de famille ? Là est le nœud de la question. On ne doit pas être incité à nommer un officier à un grade supérieur parce qu'il a des charges de famille, mais parce qu'il le mérite militairement, et parce qu'on considère qu'il rendra dans ce grade supérieur des services meilleurs. Les charges n'ont rien à voir là-dedans.

La Nation a par ailleurs le devoir de supporter une partie de ces charges qui lui profitent ; et elle doit le faire au moyen d'allocations larges et proportionnelles au nombre des enfants, allocations qui viendraient s'ajouter à la solde du grade. Un lieutenant qui aurait deux enfants toucherait par exemple 320 francs de solde du grade, et 100 francs d'allocation par enfant, soit au total 520 francs. Un capitaine sans enfants toucherait la solde de son grade, soit 420 francs.

Qui osera dire que ce ne serait pas justice ?

Je dois ajouter d'ailleurs que cette mesure devrait être étendue à toutes les administrations tant civiles que militaires. Dr J.

Réponse

Merci de votre intéressante lettre. Voulez-vous que nous en discutions les différents chapitres, sur lesquels nous nous permettons de n'être pas toujours d'accord avec vous ?

Réglons d'abord la question des inaptes.

La C. M. 574 C/7 du 20 août 1917 est formelle : il n'y a plus d'inaptes parmi les médecins. Tous, même avec une aptitude restreinte, doivent pouvoir servir aux armées. Ceux qui seraient reconnus définitivement inaptes doivent être proposés pour la mise hors cadre.

S'il existe donc encore des médecins qui restent à l'intérieur pour inaptitude, cela ne saurait durer, à moins qu'ils n'appartiennent

aux vieilles classes qui sont ramenées précisément du front à l'intérieur.

En ce qui concerne l'avancement des aides-majors de 1re classe, là où nous différons d'avis avec vous, c'est lorsque vous dites qu'on ne doit être incité à nommer un officier à un grade supérieur que parce qu'il le mérite *militairement*. D'accord pour tous les officiers, *sauf pour les médecins*. Si l'ancienneté ne doit pas régler l'avancement des officiers des armes combattantes, elle nous apparaît au contraire comme devant jouer un rôle important dans celui des médecins. Il est permis de croire en effet qu'au fur et à mesure qu'un médecin avance en âge, au moins jusqu'à un certain apogée, il prend de l'expérience, acquiert de la pratique, mûrit son jugement et devient meilleur.

D'autant plus que, — nous ne pouvons nous empêcher de le répéter, — un médecin est un médecin, et sauf pour les maîtres et les spécialistes, on peut dire que, parmi les praticiens de France, pris dans leur ensemble, un médecin en vaut un autre. Dans ces conditions, il est un certain âge, comportant une véritable maturité d'esprit, disons 45 ans, qui devrait marquer, pour le médecin mobilisé selon le statut actuel du Service de Santé, la possession du grade de médecin-major de 2e classe.

Ceci posé, nous sommes entièrement d'accord avec vous sur la nécessité de tenir grand compte du facteur: charges de famille. Mais laissez-nous vous rappeler que cela existe déjà dans une certaine mesure.

Les officiers pères de plus de 2 enfants, jusqu'au grade de commandant inclus, perçoivent pour chaque enfant, à partir du troisième, à la condition qu'aucun d'eux n'ait plus de 16 ans, une allocation annuelle de 200 francs. Vous demandez que cette allocation soit de droit pour tout enfant, à partir du premier. Nous nous rallions volontiers à votre désir, qui est conforme à nos idées sur la repopulation, à savoir, que tout enfant doit être pour sa famille, non un surcroit de charges, mais une source de bénéfices et d'avantages.

Arrivons enfin à la première partie de votre lettre. Là, nous sommes complètement opposés à votre conception.

Chaque jour qui s'écoule, depuis la mobilisation, nous confirme de plus en plus dans cette opinion que l'*assimilation des médecins aux officiers des armes combattantes, et la hiérarchie analogue qui les catégorise, est une hérésie qui doit disparaître.*

Mais, comme vous le dites fort justement, ce n'est pas actuellement que cette réforme peut être tentée. Nous ne nous attarderons donc pas à en discuter.

Résumons notre pensée à cet égard, sous une forme très générale, qui peut, selon nous, rallier la majorité des suffrages.

Le Service de Santé militaire doit jouir d'une autonomie complète et absolue dans l'exercice de ses attributions.

Il doit tenir, dans l'organisme militaire, une place comparable à celle du corps du contrôle.

Les médecins, dits militaires, doivent avoir une tenue, un uniforme qui les distingue immédiatement des autres officiers. Il faut qu'à la vue de l'un d'eux, du premier coup d'œil, le profane le moins averti puisse dire : *C'est un médecin.*

Il y a, pour nous, deux mots qui jurent d'être accouplés ensemble : c'est *médecin* et *militaire.*

Par conséquent, nous sommes les adversaires irréconciliables de l'identité d'appellation.

Nous n'accepterons jamais, par exemple, qu'un médecin-major de 1re classe soit réglementairement appelé : « Mon commandant ! » (1). Ce qui se passe dans les armées étrangères, alliées ou ennemies, nous est indifférent. Nous jugeons la question à notre point de vue et avec notre mentalité de Français en nous plaçant sur le terrain du simple bon sens.

Vous faites, dites-vous, votre proposition pour simplifier. Voilà, pour nous, la meilleure et la plus élégante des simplifications. Elle est assez en usage d'ailleurs dans le milieu militaire. Les médecins militaires sont tous, quel que soit leur grade, des *docteurs en médecine* (2). Qu'on les appelle purement et simplement : Docteurs ! »

Quant aux galons, nous nous sommes ex-

(1) Quelques médecins ont été mobilisés comme officiers de troupe : Blondel, de Paris, lieutenant en 1914, actuellement capitaine ; Laroche, de Périgueux, capitaine ; Quénot, dont nous publions plus loin les citations.

Ceux-ci ne sont plus dans l'armée des médecins, mais des *officiers combattants*. A eux, en toute légitimité, les appellations de leurs grades.

(2) Sauf les étudiants, pourvus du galon de médecin auxiliaire, de sous-aide-major ou d'aide-major.

Mais nous ne sommes nullement choqués qu'on leur applique cette appellation. Il y a là un *distinguo* subtil parfaitement négligeable.

primés nettement à leur sujet. Peu importe que la manche et le képi des médecins soient galonnés à plusieurs tours. Ce n'est pas, à notre avis, cela qui compte, et nous en connaissons beaucoup qui se sont imposés par leur manière d'exercer leur profession, nonobstant le nombre de leurs ficelles. Ce qui nous semble un anachronisme, c'est un galonnage, tel qu'il existe encore, qui donne une supériorité et une autorité de forme qui ne sont pas toujours justifiées dans le fond.

Nous n'insistons pas.

Voici maintenant, avant de terminer, quelques documents qui illustrent notre thèse.

Les galons.

Extrait d'une lettre du caporal Victor Carré, de la 4e compagnie du e colonial, décoré de la Croix de guerre (étoile d'argent), à Madame P. directrice de l'Hôpital auxiliaire, no.

« Je dois des excuses à M. le médecin major D.... et je compte beaucoup sur vous pour les lui faire agréer. Je n'ai pas pas remarqué l'autre jour, à D., qu'un quatrième galon était venu se joindre aux premiers ; je n'avais pas remarqué cela, *car je n'ai plus l'habitude de voir en lui que l'homme lui-même qui, sans autre marque que sa bonté et son savoir, mérite le respect de tous...* »

Les appellations. — La tenue.

Extraits du livre de M. le médecin-inspecteur Simonin : *De Verdun à Mannheim.*

... Je croise en sortant le capitaine d'artillerie Laporte, je l'interroge au vol :

« Nous cantonnons à St-Léger ce soir ?

— Peut-être bien, *Docteur*, me répond-il d'un air soucieux (p. 31).

....

...Hanté par le souvenir des chasseurs de Margueritte, je dis au commandant d'artillerie S. : « Nous sommes dans la marmite comme à Sedan. Les braves gens viennent de mourir. »

Il me répond dans un sourire qui découvre ses dents blanches : » *Mon pauvre docteur*, il n'y a plus rien à faire.., » (pp. 39-40).

Sans doute nous objectera-t-on qu'il s'agit là de brefs échanges de mots en dehors du service, entre officiers et en de terribles circonstances. N'empêche qu'en service ou non, mais en pleine bataille (et que vous faut-il de mieux dans le genre ?) un capitaine, un commandant, à qui l'idée ne serait jamais venue, dans les mêmes conditions, d'appeler leur colonel : Monsieur, ont spontanément, naturellement gratifié un médecin principal du grade de colonel de sa première et essentielle qualité, de cette qualité qui, à nos yeux, est la plus flatteuse de toutes, sans que, de part et d'autre, on ait prêté attention à la violation de la règle.

Récusera-t-on un pareil témoignage ? En tous cas, nous trouvons la chose toute simple et elle ne nous effusque pas.

Mais continuons :

... L'officier (allemand) entre...

« Qui êtes-vous ? me dit-il.

— Médecin divisionnaire.

Il se baisse vers moi, saisit ma vareuse dont il examine les boutons :

« Vous n'êtes pas médecin.., pas d'Esculape sur vos boutons...

— Je suis Général-artz. Vous ne connaissez pas cet uniforme. C'est un nouveau vêtement de guerre.

— Vous n'êtes pas médecin ! reprend-il impatienté. Et, élevant son revolver à la hauteur de ma figure : « Vous êtes blessé ! Les médecins ne sont pas blessés... » (pp. 67-68).

....

... Le capitaine allemand vint à lui (Dr S...) pour s'enquérir de la destination à donner au portefeuille qui contenant 450 frs (Le portefeuille de l'aide-major M. de Charrette, fusillé).

« Vous avez tué un médecin, lui dit S...

— Il n'avait pas de brassard, riposte le capitaine.

Le fait est exact, le brassard avait été perdu au cours de la bataille.... » (pp. 89-90).

Dans l'armée, le médecin a une fonction très déterminée, très spécialisée, complètement différente de celle des autres militaires, en opposition même avec la leur. Eux cherchent surtout à mettre le plus possible d'adversaires hors de combat en les blessant ou en les tuant. Lui, cherche à guérir les blessures et à rappeler à la vie les moribonds, *sans distinction de nationalité.*

Partons de cette considération contre laquelle il est impossible de s'inscrire en faux, et nous serons vite d'accord, du moins nous osons l'espérer, pour proclamer que le Service de Santé, dont le rouage essentiel est le médecin, doit avoir, dans le milieu militaire, un statut particulier, qui tienne compte avant tout de cette vérité essentielle, qu'il n'existe, aux yeux de la loi, qu'une seule espèce de docteurs en médecine autorisés à exercer en France, avec les droits et les devoirs absolument identiques qu'elle leur confère, sous la garantie de ses prescriptions et de ses sanctions.

Mutation et permutation (1).

Quand un médecin militaire quitte la formation à laquelle il est affecté, l'ordre de mutation qu'il reçoit lui enjoint toujours d'installer son successeur avant de quitter son poste.

En exécution de la loi Mourier, bénie par les uns, honnie par les autres, un secrétaire d'état-major transmettait récemment un ordre de mutation au major L..., du e régiment d'infanterie, au front des armées, et un autre ordre de mutation au major V..., à l'hôpital de T..., bien loin dans l'intérieur des terres. Le major V... devait relever sur le front le major L..., lequel devait prendre à l'hôpital de T... la place de son confrère.

Le secrétaire ne s'aperçut pas que ces deux mutations constituaient une « permutation ». Il envoya aux deux médecins la formule consacrée par l'usage :

« *Vous ne devez quitter votre poste que deux jours après l'arrivée de votre successeur.* »

Les deux majors, ayant reçu leur ordre de mutation, attendirent l'un et l'autre leur successeur. Ils attendirent huit jours, quinze jours, un mois ; ils auraient attendu jusqu'à la fin de la guerre si le major de l'intérieur, voulant prouver qu'il ne craignait pas d'aller au feu, n'avait obtenu de ses chefs l'autorisation de se mettre en route sans attendre son remplaçant.

— Ah ! vous voilà enfin ! lui dit aigrément le médecin L..., à son arrivée. Ce n'est pas trop tôt. Il y a plus d'un mois que je vous attends !

— Permettez ! riposta le major V..., j'attendais moi-même l'arrivée de mon successeur, un fumiste du nom de L... !

— L... ? Mais c'est moi !

Tout s'expliqua et les deux majors se serrèrent cordialement la main.

— A quoi tiennent les choses ! conclut l'un d'eux avec philosophie. Supposez qu'un député se soit avisé d'interpeller le ministre de la guerre sur les violations de la loi Mourier. Il aurait cité notre cas et le Tigre aurait pu glisser sur cette pelure d'orange, jetée négligemment sur son chemin par un anonyme secrétaire d'état-major.

(1) Du *Cri de Paris*.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (1).

(*Suite.*)

CHAPITRE II

Nous vous prions, Monsieur le Président, de faire également une enquête sur les points suivants :

Des médecins mobilisés peuvent-ils user de l'autorité que leur donnent leurs galons, pour aller en tenue militaire, prendre des renseignements pour le compte des chefs d'industrie ou des Cies d'Assurance sur l'état des accidentés du travail, que ces accidentés soient des hommes en sursis d'appel, des *ouvriers civils* ou des *ouvrières* ?

Cet abus de l'usage du costume militaire ne constitue-t-il pas une tentative d'intimidation sur des femmes et des civils et un *abus d'autorité sur des hommes en sursis d'appel, qui peuvent recevoir à chaque instant l'ordre de repartir au front,* s'ils n'acceptent pas tout ce que peut leur dire sur leur infirmité, un médecin militaire, leur supérieur ?

Ces médecins militaires sont-ils en droit, à Paris et dans les grands centres industriels, de faire des certificats civils, des rapports à des Sociétés civiles, industrielles ou financières, ou de faire des expertises d'accidents du travail payées 100 fr. l'une ? Peuvent-ils, pour ces rapports, recevoir des honoraires de ces Sociétés, malgré les circulaires du Ministre de la Guerre, (D. M. no 17023, du 4 décembre 1914 — D. M. 63 Ci/7, du 21 avril 1916), enjoignant aux médecins mobilisés de ne faire de la médecine civile sauf *lorsqu'ils en auront reçu l'ordre,* et en cas seulement de pénurie de médecins civils ?

Le Directeur du service de santé de la ne région a frappé de 8 jours d'arrêts de rigueur — (augmentés de 8 jours d'arrêt de rigueur par le général commandant la région) — un médecin qui avait réclamé 80 fr. d'honoraires pour soins donnés à la femme d'un officier. Ce même médecin directeur a fait rembourser par un chirurgien militaire les 300 fr. d'honoraires qu'il avait acceptés pour avoir opéré une malade aisée.

Ce médecin-directeur, par une lettre en date du 17 décembre 1917, no 581 — N., prescrit aux médecins-chefs sous ses ordres de prendre des sanctions sévères contre les médecins mobilisés qui accepteraient des honoraires.

Pensez-vous qu'il y ait pénurie de médecins civils dans le département de la Seine et dans les centres industriels, comme cela existe dans

(1) Voir *Concours médical*, 1917 : nos 23 et 24 ; — 918 : nos 1 et 2.

quelques campagnes et dans certaines régions voisines du front, au point de légitimer cet exercice de la médecine civile, au gré des intéressés, par des médecins sous les drapeaux ?

Dès le début de la guerre, les ouvriers, les ouvrières et les hommes en sursis d'appel se sont plaints de ces procédés d'intimidation, et les médecins civils trouvaient surprenant que des Cies d'Assurance aient eu la bonne fortune de conserver à l'arrière plusieurs de leurs jeunes médecins qui allaient en tenue militaire au domicile des accidentés, sans prévenir leurs confrères civils, malgré les prescriptions de l'art. 4 de la loi de 1998, prescrivant l'envoi d'une lettre recommandée aux médecins traitants. Or, en l'absence du médecin traitant non prévenu, certains de ces médecins en tenue militaire *conseillent sur un ton d'autorité*, aux victimes d'accident, d'aller se faire soigner à l'hôpital aux frais du budget des pauvres, pour le plus grand bénéfice de la caisse des Assurances dont ils se font les défenseurs militaires.

C'est ainsi qu'ont paru sur ces graves et *persistants* abus d'énergiques protestations dans :

La Bataille Syndicaliste, 27 janvier 1915 : Le Prestige de l'Uniforme.

L'Humanité, 29 janvier 1915 : Les Faits qui parlent.

La Bataille, 28 juin 1916 : L'Abus du galon.

Le *Concours Médical*, septembre 1916 : Deux poids et mesures.

La Bataille, 28 janvier 1917 : Les accidents du travail et les mobilisés.

Inefficacité des circulaires

Pour essayer de faire cesser ces abus, des circulaires furent envoyées par M. le médecin inspecteur directeur du Service de Santé de la 17e Région en date du 19 janvier 1915, rappelant la circulaire du 4 décembre 1915 no 17023 C/7, disant que « *les médecins mobilisés ne doivent pas « recevoir d'honoraires des particuliers ou des Ad- « ministrations* civiles (Concours Médical, février « 1915.)

L'autorité d'un médecin directeur ayant paru insuffisante, M. le sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé, lui-même, adressa au directeur du Service de Santé de Rouen une circulaire en date du 6 mars 1915 sous le no 7913 C/7 (in *Concours Médical*, mai 1915, page 86) où nous trouvons les ordres suivants :

« *Exiger à l'avenir des officiers de complément « du Service de Santé qu'ils consacrent tout le « temps nécessaire aux soins à donner aux mala- « des et blessés. Ils ne doivent pas perdre de vue « en effet qu'ils sont mobilisés et qu'ils doivent « tous leurs instants au pays.* »

Enfin, ces ordres du sous-secrétaire d'Etat, n'ayant pas encore suffi, M. le député Haudos posait à M. le ministre de la Guerre une question à ce sujet (*Officiel* du 3 mars 1916) le ministre de la Guerre lui répondait :

« *Dans les régions où les médecins non mobili- « sés sont en nombre suffisant pour assurer les « services de leur clientèle, les médecins militaires « ne doivent pas donner aux populations civiles « des soins gratuits et encore moins des soins ré- « tribués.*

« ***Si des médecins militaires étaient, de « ce fait, l'objet de plaintes, des enquêtes « seraient faites et des sanctions seraient « prises le cas échéant*** » (in *Concours Médical*, mai 1916.)

La gravité de l'abus de l'emploi des médecins militaires pour soigner les accidentés du travail ou pour les contrôler pour le compte des assureurs ou des fournisseurs des Armées ne saurait être mieux démontrée que par la lettre ci-dessous, écrite par un homme en sursis d'appel, atteint d'un accident du travail.

Le 24 janvier 1917.

A Monsieur le secrétaire du Conseil Judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine

Monsieur le Secrétaire,

J'avais prévenu mon médecin M. le Dr D... de la décision du Juge de Paix à l'audience du 12 janvier 1917, qui avait signifié à la Cie l'Urbaine et la Seine d'avoir à prévenir celui-ci par lettre recommandée, afin que selon mon désir et mon droit, il fût présent à la visite que devait me faire le médecin de cette Compagnie.

Passant outre à l'injonction formelle du Juge, la Compagnie a envoyé son médecin, M. le médecin-major de 1re classe L. qui, le dimanche 14 janvier, m'a fait appeler au bureau de l'Infirmerie où je suis hospitalisé et, après m'avoir interrogé en présence du sergent secrétaire, a demandé à ce dernier de faire enlever mon pansement par un infirmier, malgré que fort de mon droit, j'eusse pu refuser à M. le Dr L. d'examiner ma blessure ? Je n'ai pas osé le faire à mon chef, M. le major Langle.

Je vous demande donc, Monsieur, si le rapport que dressera le Dr L. dans des conditions aussi inusitées et aussi contraires à l'équité, aura toute la valeur que la Cie d'Assurance voudra bien lui donner.

M. Coméa, Sergent,
56, *Avenue des Charmes.*
Annexe de l'Infirmerie de Garnison, Vincennes.

P. S. — Si l'Union des Syndicats juge à propos de faire une réclamation à ce sujet, je vous autorise à la faire. M. Coméa.

(*A suivre*).

Demandes et Offres (*Suite*)

N° 11. — Docteur cherche pour une cliente, garde-malade, jeune, instruite, diplomée. 250 frs par mois et nourrie.

N° 12. — Docteur réformé, cherche situation, banlieue ou province de préférence avec fixe.

Petite correspondance

Dr L. à *Concours*. — Marchant avec la classe 1891, et depuis longtemps dans la zone des armées, je suis intéressé à la relève médicale. C'est à ce propos que je viens vous poser une simple question.

Comment conciliez-vous les indications contenues dans la lettre du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, parue dans le n° 21 (1er novembre) du *Concours médical*, disant que « le bénéfice de l'envoi à l'intérieur vient « d'être étendu aux classes « 1890 et 1891 » lettre datée du 8 octobre, — avec les renseignements suivants, émanant directement du Cabinet du Sous-Secrétaire du Service de Santé, et disant, à la date du 6 novembre « que, d'après la réglementation « actuellement en vigueur « seuls ont droit à la relève les officiers appartenant aux classe 1890 et « plus anciennes ».

Réponse. — Si nous nous en référons aux termes de la lettre du Sous-Secrétaire d'Etat, publiée dans notre numéro du 1er novembre, nous remarquons que le bénéfice de l'envoi à l'intérieur vient d'être étendu aux classes 1890 et 1891 « suivant les possibilités ». Ces derniers mots permettent d'ailleurs toutes les interprétations.

Mutualité Familiale du Corps médical français

Réunion du Conseil de Direction.
29 *décembre* 1917.

Présents : MM. Maurat, *Président* ; Noir, Mignon, Vimont, Duchesne, Huguenin et Boudin, *Secrétaire*.

Excusé : M. Gassot.

Le Secrétaire général fait part au Conseil des décès survenus depuis la dernière réunion et donne la liste des membres de la combinaison M. A. qui, ayant atteint 65 ans, sortent de la Société au 31 décembre 1917.

Indemnités-maladies.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

13	Barthez	Aude	3 mois	300 »
15	Hervot	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
30	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
36	Duchêne	Cher	11 jours	110 »
41	Rigabert	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
44	Lepage	Paris	21 jours	210 »
68	Cesbron	Seine-et-Oise	60 jours + 4 jours chr	613 20
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	20 jours chr	66 60
135	Mangenot	Paris	6 jours	20 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	Poirson	Jura	24 jours + 2 mois et 5 jours chr.	456 65
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
247	Doret	Loiret	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
317	Makardar	Var	13 jours	130 »
327	Fuzet du Pouget	Ardèche	3 mois	300 »
331	de Faucher de la Ligerie	Charente-Inférieure	2 mois et 11 jours chr	236 65
339	Terras	Bouches-du-Rhône	43 jours	430 »
341	Chabanon	Lozère	un mois et 20 jours chr	166 65
357	Mathieu	Paris	3 mois	300 »
388	Lavallée	Paris	3 mois	300 »
456	Boulinguez	Pas-de-Calais	2 mois et 17 jours chr	239 95
549	Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
564	Dengler	Jura	3 mois	300 »
571	Tétau	Maine-et-Loire	14 jours	140 »
590	Laisné	Paris	25 jours	250 »
597	Sellerin	Aube	17 jours + 2 mois et 13 jours chr.	413 30
611	Morel	Savoie	3 mois	300 »
660	Cailleux	Oise	36 jours	360 »
770	Caudron	Paris	3 mois	300 »
855	Watelet	Paris	32 jours	320 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
876	Sallé	Somme	3 mois	300 »
888	Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
910	Mendel	Paris	3 mois	300 »
912	Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
939	Toupance	Yonne	40 jours	400 »
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
965	Mitifiot	Bouches-du-Rhône	10 jours	100 »
1020	Abelly	Vaucluse	69 jours + un mois	700 »
1045	Guny	Oise	3 mois	300 »
1118	Baylac	Haute-Garonne	19 jours	190 »
1177	Glatard	Oran	3 mois	300 »
1272	Molinéry	Hautes-Pyrénées	2 mois et 20 jours chr	266 60

1277 Brumauld des Houlières...	Haute-Vienne..........	2 mois et 7 jours chr............	223 30
1308 Launay............	Maine-et-Loire..........	3 mois..........................	300 »
1408 Grandou..........	Eure....................	3 mois..........................	300 »
1553 Bertin............	Alger....................	3 mois..........................	300 »
1573 Lecouillard......	Manche..................	un mois et 7 jours chr............	123 30
1661 Luciani...........	Corse....................	33 jours........................	330 »
1686 Gaignard..........	Maine-et-Loire..........	37 jours........................	370 »
1750 Clerc (½ M. A.)...	Jura.....................	55 jours........................	275 »
1793 Conte.............	Aude.....................	3 mois..........................	300 »
1815 Sanerot...........	Saône-et-Loire..........	19 jours........................	190 »
1822 Robert............	Indre....................	18 jours chr....................	59 95
1895 Fort..............	Seine-et-Marne..........	3 mois..........................	300 »
1936 Deswarte..........	Nord.....................	3 mois..........................	300 »
1939 Peloux............	Var......................	un mois et 7 jours chr............	123 30
		Total...........................	17.714 45

Le Conseil inflige des amendes, à titre d'avertissement, à trois sociétaires qui ont apporté des retards dans leurs déclarations ou négligé d'envoyer de leurs nouvelles en temps voulu.

Le Secrétaire général annonce que deux membres qui ont été arrêtés, MM. les Drs Armand (d'Albertville) et La Bonnardière (d'Hyères) renoncent à leur droit à l'indemnité pour venir en aide à la Caisse. Le Conseil leur adresse des remerciements.

Combinaison R.

Le Conseil alloue à M. le Dr Bayot, de Joigny (Yonne), la somme de 1200 francs pour sa pension de l'année 1918. Cette somme lui sera versée sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier.

Combinaison V.

Le Conseil alloue à Madame Vve Beauxis-Lagrave, la somme de 150 francs pour sa pension du 4e trimestre 1917, et 15 francs à Madame Vve Lepage pour le temps couru entre la mort de son mari et le 1er janvier 1918. Ces sommes leur seront envoyées sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1917.

Dons. — Doubles cotisations.

D'une lettre du Trésorier, il ressort que Messieurs les Docteurs Dorit (Orléans), Bonnefous (Rodez), Bayot (Joigny) et Madame Jeanne ont fait des dons à la Caisse de secours pour les sociétaires victimes de la guerre. Le Conseil adresse ses bien vifs remerciements à ces généreux donateurs.

Les doubles cotisations continuent à être versées par MM. les Drs Leriche (Nice), Gassot A. (Chevilly), Layral (St-Etienne), Gassot L. (Chevilly). Le Conseil adresse également à ces confrères tous ses remerciements.

Le Conseil examine la correspondance et prend un certain nombre de décisions sur les questions particulières qu'elle soulève.

Le Secrétaire, P. Boudin. *Le Président,* A. Maurat.

L'AUTOMOBILISME MÉDICAL

« Un groupe de médecins, très compétents dans la « question automobile, et s'intéressant vivement à toutes « les nouveautés françaises, anglaises et américaines « qui circulent sur le front, envisage la mise au jour « d'un véhicule médical pratique et économique. Il a « recours à tous les confrères lecteurs du Concours *« pour faire une sorte de Referendum où les idées et « les desiderata de chacun seront exposés. Le* Concours *« pourra publier sous la rubrique « Automobilisme », « comme avant la guerre, les remarques et les diffé- « rentes propositions, mais, là, aucun nom de cons- « tructeur ne devra être indiqué ; ceux qui voudront « parler de telle ou telle chose en particulier, pourront « alors écrire directement au président du Comité, le « Dr de Vaubercey (médecin aide-major de 1re classe, « ambulance 12/3, S. P. : 27) qui centralisera toutes « les idées, les examinera, les discutera en commun « et répondra à ses confrères.*

« On arrivera ainsi à une synthèse de l'auto médi- « cale par les médecins eux-mêmes, qui sont évidem- « ment les mieux placés pour savoir ce qu'il leur faut. « Il s'agit de trouver mieux et plus économique que la « voiturette classique deux places à 0 fr. 35 le kilomè- « tre, (amortissement compris) où l'on est mal et qui « demande de fréquentes et coûteuses réparations.

« Les Anglais et les Américains sont en avance sur « nous ; ne nous décourageons pas ; nous pouvons fai- « re aussi bien et même mieux en cherchant ; la parole « est aux médecins français ! ».

Comme suite à notre appel, quelques réponses nous sont parvenues ; quoiqu'intéressantes, elles sont insuffisantes, ce qui prouve la difficulté apparente de la question, mais nous espérons que tous nos confrères automobilistes auront à cœur de nous aider en cherchant comme nous et en nous communiquant le résultat de leurs réflexions ; il faut aboutir au plus tôt, l'heure n'est pas aux découragements : observons et documentons-nous.

Voici, à notre avis, comment le problème se pose : les qualités primordiales d'un véhicule vraiment économique sont la légèreté et la solidité. Il est inutile d'énumérer les avantages de la légèreté qui permet : faible consommation d'essence, de pneumatiques, reprises rapides, facilité à gravir les rampes, etc. ; deux cents kilos supplémentaires représentent dans du 7 °/₀ à 30 à l'heure, un nombre respectable de kilogrammètres (200 environ). Les inconvénients classiquement reconnus sont : fragilité des organes, mauvaise suspension, qui condamnent à des allures très réduites sur routes mal entretenues, trop nombreuses, hélas !

De là à condamner la voiturette légère, il n'y a qu'un pas, que beaucoup ont franchi sans y regarder davantage : ainsi, le Français, souvent, est trop superficiel et se décourage vite ; manque de persévérance, grave défaut, alors qu'un peu de volonté féconderait merveilleusement notre génie national ! Simple réflexion, passons.

Qu'il nous suffise de dire que des Anglais et certains Français tenaces ont cherché et que le problème est bien près d'être résolu ; nous en reparlerons lorsque les renseignements donnés par nos confrères seront plus complets.

Mais comment réaliser une voiturette légère et solide, ces deux qualités paraissant s'exclure ?

Là encore, les Anglais nous donnent de précieux enseignements.

Procédons par ordre et parlons aujourd'hui d'un point important et bien connu : du moteur.

Que choisirons-nous ? 1, 2, 3, 4 ou 6 cylindres rotatifs, 2 temps, les 2 combinés, sans soupapes ?

Nous éliminons de suite le 3e et le 6e cylindres, le 3e cylindre nécessite un vilebrequin très coûteux, ne pouvant pas être taillé dans une plaque d'acier comme le 4e cylindre ; si l'on dispose les cylindres en éventail, l'encombrement est presque prohibitif ; en pratique, le 3e cylindre est inexistant, à part un ou deux constructeurs. Le 6e cylindre n'est abordable que pour la machine de grand luxe. Le rotatif donnera peut-être plus tard des résultats intéressants ; les essais se poursuivent, tenons nous au courant. Le 2 temps ne s'accommode encore que de petits cylindres de 2 ou 3 HP ; à puissance égale, la consommation est supérieure à celle du 4 temps, ce qui est compréhensible ; les ralentis sont parfois difficiles à obtenir et la perte de puissance est rapide au-dessous de la vitesse de régime ; attendons.

Le sans-soupapes ? A des qualités de silence, de souplesse, de rendement et de reprises indéniables. Une discussion célèbre dans les fastes de l'automobile a tourné à l'avantage du sans-soupapes anglais en cause ; une grande marque française cite avec un orgueil légitime une section sanitaire dont les sans-soupapes font merveille depuis le début de la campagne. Là encore, observons ; la réalisation d'un type léger et éprouvé peut se produire.

Restent le Mono, le 2 et le 4 cylindres, à 4 temps.

Dr de VEAUBERCEY

Le 1er janvier 1918.

Ambulance 12/3
S. P. 27.

(A suivre.)

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citations.

FILLION-ROUX (François), médecin aide-major de 2e classe :

« Médecin de bataillon, du 2 novembre 1915 « au 12 septembre 1917, au ...e régiment d'in« fanterie, y a mérité les notes élogieuses de son « colonel pour le dévouement montré au cours « des attaques des 10 et 11 août 1917, où il s'est « dépensé sans compter dans des circonstances « difficiles ; comme médecin chargé du service « du champ de bataille du corps d'armée, a fait « preuve du plus beau courage et du plus réel « sang-froid en continuant ses fonctions le 17 « octobre 1917 au poste de ..., sous un violent « bombardement ». (4 décembre 1917).

A l'ordre de l'Armée.

Capitaine QUENOT, docteur en médecine à Laigues (Côte D'or) :

« S'est distingué dans tous les combats par « sa bravoure et son énergie, notamment à l'af« faire de Tutheville le 12 novembre 1914 où il « a fait reculer l'ennemi en lui infligeant des « pertes sérieuses. 2 fois blessés. »
(25 mars 1915).

Légion d'honneur.

« S'est distingué dans tous les combats aux« quels il a pris part par sa bravoure et son « énergie, trois blessures. » (Décembre 1916).

A l'ordre de l'armée d'Orient, Salonique.

M. le Dr Jean COLARD, aide-major de 1re classe :

« Sur le front français, comme en Serbie, a « toujours fait preuve d'activité, de dévoue« ment et d'énergie, dans les circonstances dif« ficiles où son ambulance s'est trouvée au mo« ment du repli des troupes de Serbie, a en« suite assuré un service très important de « contagieux à l'hôpital n° 3, surtout pendant « l'été 1916 où ce service fut très chargé. »

Le Dr Colard est, en outre, titulaire de la Médaille d'argent des épidémies.

REPORTAGE

— **Chambre de commerce de Troyes.** — *Concours de prothèse.* — Préoccupée d'aider à la rééducation des mutilés de guerre et à la réadaptation

professionnelle des ouvriers bonnetiers amputés d'un avant-bras, la Chambre de Commerce de Troyes ouvre un concours à l'effet de créer une main-outil spécialement appropriée à l'exercice de cette profession.

Une Sous-Commission, choisie parmi les membres d'une Commission *ad hoc*, nommée par la Chambre de Commerce de Troyes, a adopté les conclusions suivantes du rapport présenté par *M.* le docteur BAILLEUL, sur les mouvements professionnels fondamentaux de l'ouvrier bonnetier :

« 1° Les métiers peuvent conserver leurs « grandes lignes de construction actuelle. Des « modifications de détail, suggérées par l'amputé lui-même au cours de son travail, seront « vraisemblablement à envisager dans la suite ;

« 2° La main artificielle devra être une *main* « *de travail*, d'un mécanisme robuste et simple, « permettant des réparations au besoin par « l'ouvrier lui-même ;

« 3° Quelle que soit la main amputée, la main « artificielle jouera le rôle de main gauche, « c'est-à-dire de simple main auxiliaire ;

« 4° Les mouvements fondamentaux, qu'il est « indispensable de réaliser dans cette main, « sont ceux :

« *a*) DE FLEXION ET D'OPPOSITION DU POUCE ;

« *b*) DE PRONATION ET DE SUPINATION.

a) FLEXION ET OPPOSITION DU POUCE.

« La main pourra, avec avantage, n'avoir « qu'un ou deux doigts, *opposables au pouce* et « formés de segments mobiles sur le modèle des « phalanges.

« Il nous semble que la solidité étant un élé- « ment indispensable, *il y aurait intérêt à ce que* « *le pouce soit fixé* ; sur son extrémité viendrait, « dans les mouvements de « pince », s'appuyer « le doigt mobile.

« *Il est nécessaire que l'ensemble des mouvements* « *permettant de saisir un objet soit d'une préci-* « *sion absolue, car il s'agit, pour le bonnetier, de* « *prendre des organes aussi fins que le sont les* « *aiguilles et le fil.* L'énergie de ce mouvement « de préhension peut être évaluée à 2 kilogs en- « viron.

b) PRONATION ET SUPINATION.

« La position la plus avantageuse pour le « bonnetier étant la demi-pronation avec possi- « bilité de supination complète, les mouvements « auront une amplitude de 90°.

« 5° Une main artificielle, douée des mouve- « ments ci-dessus, nous paraît suffisante pour « permettre à un ouvrier de diriger un métier « Circulaire, Boer, et même Rectiligne. »

Le concours est doté de 4.500 francs de prix qui seront répartis par la Commission entre les divers modèles d'appareils qui lui seront soumis. Ceux-ci, ainsi que la correspondance, devront être adressés à la Chambre de Commerce de Troyes, 10, place Audiffred, pour le 15 mars 1918, date de rigueur.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 4 — 15 FÉVRIER 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CEZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année | Nº 4 | 15 Février 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Une mission médicale uruguayenne à Paris. La générosité de nos confrères de la République Orientale de l'Uruguay. Une lettre du Prof. Pouey de la Faculté de médecine de Montevideo, le plus important souscripteur de notre Caisse d'Assistance de guerre........ 148

Nécrologie.
Le Dr Salmon........ 149
Le Professeur Gaucher........ 149

Partie Scientifique

Médecine clinique.
Pneumothorax et tuberculose, par M. le prof. agrégé Castaigne........ 149

Revue des Sociétés Savantes.
Sur la fréquence actuelle de la gale. — Action de l'étain sur la fièvre tuberculeuse. — Action coagulante du sérum de lapin en période d'anaphylaxie. — Un cas de féminisme post-ourlien. — Deux cas d'érythrémie. — Ictère à spirochète associé à une syphilis en évolution. — Empoisonnement par l'adrénaline. — Cranioplastie. — L'ostéosynthèse en chirurgie de guerre........ 153

Thérapeutique appliquée.
Considérations thérapeutiques sur les maladies des voies urinaires........ 157

Bibliographie.
Le courage, par H. Pénau........ 158
L'orthopédie indispensable aux praticiens, par F. Calot........ 161
L'orthopédie et chirurgie de guerre, par F. Calot........ 162

Notes de pratique quotidienne.
L'acné........ 165

Correspondance

Un oublié. — Tarifs kilométriques comparés d'assistance et de transport général. — Les médecins de marine bénéficient-ils des dispositions concernant les médecins de l'armée de terre. — Les idées d'un médecin de l'avant sur le Service de Santé. — A propos du Tarif Dubief. — Les médecins mobilisés. — Chacun à sa place........ 166

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : La démission de M. Justin Godart. — Les tuberculeux à l'armée. — Le médecin traitant. — Le médecin de corps de troupe........ 175

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et réponses militaires........ 184
C. M. nº 2818 1/7 du 27 janv. 1918........ 187

Partie Professionnelle

Médecine professionnelle.
Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (*suite et fin*)........ 188

Jurisprudence médicale.
Patente. Maisons de Santé........ 189

Le Livre d'Or du Corps médical Français.
Décoration. — Citations........ 190

PROPOS DU JOUR

Une mission médicale uruguayenne à Paris. La générosité de nos confrères de la République Orientale de l'Uruguay. Une lettre du Prof. Pouey de la Faculté de médecine de Montevideo, le plus important souscripteur de notre Caisse d'Assistance de guerre.

Nos lecteurs se rappellent le discret et très généreux envoi de nos confrères de l'Uruguay à la *Caisse d'Assistance médicale de guerre*. Un chèque de 34.000 francs, produit anonyme d'une souscription de nos confrères d'Uruguay arriva un jour, 5, rue de Surène. Ce don était d'autant plus généreux et important que le nombre des médecins de la République Orientale de l'Uruguay ne doit guère dépasser deux ou trois centaines.

Or, il y a quelques semaines, M. le Prof. Gaucher qui remplissait, comme président de l'Association des médecins de France, les fonctions de président de la Caisse d'Assistance médicale de guerre, recevait la lettre suivante :

Montevideo, le 1er décembre 1917,

Monsieur le Professeur Gaucher,

Mon très distingué collègue,

J'ai bien reçu votre aimable carte et la copie du discours que vous avez prononcé lors de la réception de la délégation des médecins de l'Uruguay à la Faculté de Médecine de Paris. Merci.

J'ai le plaisir de vous envoyer le montant de mon traitement de Professeur à la Faculté de Médecine de Montevideo, correspondant au 2e semestre 1917 qui sera écoulé lors de la réception de cette lettre.

Veuillez accepter l'expression de ma cordiale sympathie.

Signé : Henri Pouey.

M. le Prof. Pouey fut l'initiateur de la souscription des médecins uruguayens ; sa nouvelle générosité porte à **6.698** francs le chiffre de son offrande personnelle à notre caisse de secours. *C'est le don individuel le plus important que nous ayons reçu.*

Notre cœur s'émeut en pensant que nous, médecins français, avons pu être l'objet d'aussi vives et d'aussi touchantes sympathies, dans un pays lointain que nous ignorons presque pour la plupart.

Aussi nous faisons-nous un devoir d'annoncer qu'une mission médicale uruguayenne officielle est actuellement en France, que grâce à l'initiative du Bureau médical des « *Amitiés France Etrangères* » (section « France-Amérique Latine »), dirigé par M. le Dr Combault, secondé par notre ami et collaborateur le Dr R. Molinéry, des réceptions seront organisées par plusieurs chefs de service de nos

hôpitaux parisiens en février et en mars. Des démonstrations chirurgicales et des conférences médicales seront réservées à nos confrères et amis d'outre-Atlantique.

La Société de médecine de Paris donnera le 22 février une séance solennelle en l'honneur de la mission uruguayenne. Il est inutile de dire le chaleureux accueil que cette dernière recevra. Les médecins français et alliés qui désireraient se joindre à la mission uruguayenne, sont priés de s'adresser à M. le Dr Combault, 3, rue Victor-Massé.

Nous espérons aussi que la générosité des médecins de l'Uruguay réveillera celle, par trop somnolente, de nos confrères français, et que de nouvelles souscriptions seront envoyées au *Trésorier de la Caisse d'Assistance médicale de guerre*, 5, *rue de Surène*, *Paris* (8e). Nous comptons que cette caisse atteindra bientôt le million qui aurait dû être depuis longtemps dépassé (1). J. NOIR.

NÉCROLOGIE

Le Dr SALMON

du Syndicat des médecins de la Seine,

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Le Corps médical parisien vient de subir une perte cruelle en la personne du Dr Salmon, praticien aimé et estimé de ses confrères et de ses clients, ancien conseiller municipal du XIIe arrondissement de Paris, ancien membre du Conseil d'Administration du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Dr Salmon, bien que mort à Paris, est réellement tombé au champ d'honneur.

Pendant le bombardement du 31 janvier par les avions allemands, les obus pleuvaient autour du domicile de notre confrère. N'écoutant que son désir de venir en aide aux malheureux blessés, le Dr Salmon s'apprêtait à sortir, malgré le danger dant il avait certainement conscience. Il a été frappé et est tombé au seuil même de sa porte.

Son nom sera inscrit au livre d'or du Corps médical français, parmi les praticiens, victimes de leur dévouement, si nombreux au cours de cette terrible guerre.

(1) Au moment de mettre sous presse nous avons reçu au *Concours Médical* une lettre et un mandat du Dr Keynes, médecin à Vichy; ce confrère, décoré de la Légion d'honneur le 14 juillet dernier pour sa belle conduite au front, nous adressait pour la Caisse d'Assistance, les arrérages du premier semestre de l'indemnité due à sa croix. Nous avons transmis le mandat rue de Surène et remercié notre correspondant. Nous souhaitons que ce bel exemple trouve des imitateurs.

Le Professeur GAUCHER

Président de l'Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des médecins de France.
Membre de l'Académie de Médecine.

Nous avons le regret d'annoncer la mort, à la suite d'une courte maladie, du Professeur Gaucher, président de l'Association générale des médecins de France.

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, élu président de l'Association générale des médecins de France, après la mort du regretté Lande, M. Gaucher avait parcouru une brillante carrière, grâce à sa puissance de travail et à son énergie. Depuis le début de la guerre, il remplissait comme médecin-principal les fonctions de médecin-chef de l'hôpital Villemin.

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉDECINE CLINIQUE

Pneumothorax et tuberculose

Par M. le prof. agrégé CASTAIGNE.

(Leçon de l'Hôpital Beaujon).

Il y a quelque temps, je vous ai présenté un malade atteint d'un pneumothorax que j'avais qualifié d'ambulatoire. Il s'agissait d'un jeune homme qui était venu à la consultation et qui allait et venait effectivement, avec son pneumothorax. Je vous avais dit qu'il était en voie de guérison et que nous pourrions bientôt vous le montrer guéri. Il est revenu aujourd'hui à l'hôpital : le pneumothorax est disparu et le patient a maintenant toutes les apparences de la bonne santé.

Vous pouvez voir, dessinées au tableau, les étapes successives de l'affection, contrôlées par la radiographie, et il est infiniment probable qu'actuellement, l'examen radiographique montrerait le poumon appliqué à la paroi thoracique.

Il se posait, à propos de ce cas, de pneumothorax ambulatoire (affection rare), une question d'un grand intérêt pratique qui est la suivante : y a-t-il, en pareille circonstance, utilité à entretenir le pneumothorax ? Depuis plusieurs années, en effet, on a cherché à guérir la tuberculose pulmonaire par les injections d'air dans la plèvre. N'y avait-il pas dès lors avantage, chez ce malade, à maintenir le pneumothorax, de façon à faire cicatriser les lésions pulmonaires ? Nous ne l'avons pas pensé. L'examen de la poitrine n'avait pas montré de lésion du poumon en évolution et l'indication ne se présentait pas de prolonger le pneumothorax.

Le pneumothorax et le malade ont guéri, mais si nous avions eu affaire à un sujet faisant un pneumothorax spontané, et porteur de lésions bacillaires du poumon, la conduite à tenir eût été différente.

J'ai eu l'occasion de voir une seconde malade qui a fait un pneumothorax également ambulatoire et chez laquelle l'évolution de la bacillose a été améliorée par ce pneumothorax. C'est l'histoire de cette femme que je désire rapporter aujourd'hui.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 19 ans. Elle eut, à ce moment, sans cause apparente, une pleurésie séro-fibrineuse aiguë du côté droit qui évolua de la façon habituelle. Après deux ponctions, le liquide fut tari et la pleurésie guérie. Mais, depuis cette époque, la malade resta une tousseuse et il est vraisemblable que sa toux découlait de lésions bacillaires. L'an dernier, elle commença, en plus de sa toux, à se plaindre d'une dyspnée marquée. Il est probable que la dyspnée apparut avec le pneumothorax, mais la malade n'a pas pu préciser la date du début de sa dyspnée, par conséquent de son pneumothorax.

Dans ce cas, donc, comme dans le précédent, le pneumothorax s'est produit sans bruit, sans éclat. Quoiqu'il en soit, toussante et dyspnéique, cette femme continua à être soignée avec le même diagnostic de tuberculose pulmonaire, et c'est alors qu'elle vint nous consulter. Ce qui frappait, au premier abord, lorsque nous l'avons vue, c'était l'opposition entre les symptômes généraux et les signes locaux. L'état général apparaissait satisfaisant. La malade semblait, de par son facies et son habitus, en état de parfaite santé.

Le poids était normal, peut-être même au-dessus de la normale. Jamais on n'aurait pu croire, en la regardant, que des lésions du poumon aussi importantes que celles révélées par l'examen physique, existaient. L'attention était attirée du côté de la poitrine par les symptômes fonctionnels, la dyspnée, l'expectoration, la toux. La dyspnée éclatait à l'occasion de tout exercice, marche, montée d'un escalier. C'était le symptôme dominant, par son intensité. L'expectoration était assez abondante : on recueillait dans le crachoir 150 à 250 centimètres cubes, quotidiennement, d'expectoration mousseuse, émise surtout le matin. Lorsqu'on passait à l'examen physique, on constatait une différence considérable entre le côté droit et le côté gauche. L'examen du poumon droit ne révélait rien d'anormal et ce poumon pouvait être considéré comme intact, réserve faite d'une petite ombre constatée à la radiographie.

A gauche, l'incursion respiratoire était moindre. On notait, à la percussion, une matité très accentuée au niveau du sommet. En descendant vers la base, on trouvait une bande de matité le long de la colonne vertébrale et une sonorité exagérée, allant jusqu'au tympanisme, en dehors de cette bande, dans le reste du thorax. A l'auscultation, on percevait au sommet, dans la zone de matité, des râles prenant l'aspect du gargouillement, faisant penser à des cavernes ou à des cavernules. Dans le reste du poumon, le murmure vésiculaire n'était pas entendu. La percussion avec les sous (signe du sou) était dans cette région caractéristique. Ajouté au tympanisme, à l'abolition du murmure vésiculaire, cela permettait d'arriver au diagnostic de pneumothorax.

Je vous ai parlé de l'état général. Il est un symptôme qu'il faut toujours rechercher en pareil cas, c'est la fièvre. Nous avons fait prendre la température, fréquemment, à des heures diverses, sans jamais constater d'hyperthermie.

Avant de chercher à éclairer l'antagonisme observé entre les phénomènes généraux et les signes locaux, avant de *poser le diagnos-*

tic, je dois vous indiquer ce qu'a donné la radiographie. Il a confirmé les données de l'auscultation en montrant de la condensation pulmonaire au sommet gauche et le long de la colonne vertébrale. Tout à fait au sommet, est apparue une zone d'ulcération. Dans le reste du poumon, on voyait une portion claire, représentant un pneumothorax pur, sans liquide. Le pneumothorax envahissait presque tout l'hémithorax gauche.

Le diagnostic à porter était donc le suivant : pneumothorax remplissant les deux tiers de l'hémithorax gauche, lésions ulcéreuses au sommet et condensation dans le reste du poumon.

Une question se posait : s'agissait-il des lésions tuberculeuses ? A première vue, l'antinomie, entre les symptômes généraux et les symptômes locaux, portait peu à penser à la tuberculose. Il est exceptionnel de voir, avec des lésions tuberculeuses comme celles-là, une conservation de l'état général et l'absence de fièvre. Nous avons donc procédé à des recherches de contrôle. L'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, est constamment resté négatif. Les probabilités en faveur de la tuberculose devenaient ainsi moins grandes. J'ai pensé que peut-être la syphilis intervenait et la question d'une syphilis pulmonaire s'est trouvée posée Toutefois, j'ai persisté dans l'idée de tuberculose pour plusieurs raisons. D'abord, en présence d'une affection pulmonaire déterminant un pneumothorax, il est plus simple, cliniquement, de penser à la bacillose, celle-ci étant la règle. Les autres affections pulmonaires ne donnent pas de pneumothorax. Je ne connais pas un cas de syphilis pulmonaire accompagnée de pneumothorax. Autant que possible, en pratique, il faut rester dans la règle. Je me suis orienté vers d'autres recherches. J'ai pratiqué, chez la malade, la cuti-réaction, et même l'ancienne épreuve de la tuberculine. Ces deux épreuves ont été nettement positives. La tuberculine a déterminé une poussée fébrile allant jusqu'à 39°4, avec réaction locale. Je sais bien que ces réactions peuvent être discutées, mais comme elles venaient se joindre à un ensemble symptomatique, j'ai conclu à la tuberculose, malgré les divergences existant entre l'état général et l'état local.

Ces divergences, je crois pouvoir les expliquer précisément par le pneumothorax. Le pneumothorax qui peut être, dans la tuberculine, une complication grave, peut aussi être un élément favorable. Cette opinion est loin d'être une idée nouvelle. Quand Laënnec décrivit le pneumothorax, on le considérait immédiatement comme une complication des plus sérieuses. Puis, rapidement, des cliniciens (Behier, entre autres) remarquèrent qu'il n'en était pas toujours ainsi. Hérard vint ensuite montrer des malades améliorés et même guéris à la suite d'un pneumothorax. Par conséquent, il sembla bien que le pneumothorax pouvait amener des conditions plus favorables à la guérison des lésions pulmonaires. Partant de là, Potain et plus plus tard Forlanini, ont proposé des injections d'air dans la plèvre chez ces malades.

Que se passe-t-il à la suite des injections gazeuses intra-pleurales au cas de tuberculose ? Chez presque tous les malades, les effets immédiats sont presque favorables, sauf parfois une petite élévation de la température, aussitôt calmée d'ailleurs. Une des conséquences de cette pratique chez les tuberculeux est la chute de la fièvre : la température tombe à la normale ou presque. Chez notre patiente, je vous ai dit que nous n'avions jamais observé d'hyperthermie. Je crois que le pneumothorax spontané dont elle est atteinte peut expliquer ce fait. Une deuxième conséquence de l'injection d'air est la diminution de l'expectoration avec diminution parallèle des bacilles de Koch ; je vous ai fait observer que, chez notre malade, nous ne trouvions pas, précisément, de bacilles dans les crachats.

Une troisième conséquence est une modification heureuse de l'état général, un retour de l'appétit, des forces et de la capacité de travail. Les malades peuvent reprendre leurs occupations. Ainsi, les trois effets habituels du pneumothorax artificiel sont ceux observés dans notre cas. Nous sommes en droit, dès lors, d'attribuer le bon état général, l'absence de fièvre et de bacilles dans l'expectoration, constatés chez notre malade, au pneumothorax spontané, et d'expliquer par ce pneumothorax l'antinomie entre les symptômes généraux et les signes locaux.

Ainsi, le pneumothorax a été jusqu'à un certain point favorable. Je dis jusqu'à un certain point, parce que on ne saurait considérer la malade comme guérie ou en voie rapide de guérison. Une malade qui a de telles lésions et qui continue à expectorer est évidemment assez loin de la guérison. Nous de-

vons nous demander maintenant s'il ne reste pas quelque chose à faire. Puisque la patiente a été améliorée par le pneumothorax spontané, ne sommes-nous pas en droit d'augmenter, d'entretenir ce pneumothorax ? Je crois que la chose est possible et qu'il faudra la faire. Notre premier malade n'offrait pas de lésion pulmonaire en évolution et il fallait laisser guérir son pneumothorax ? Dans le cas actuel, nous sommes en présence d'un pneumothorax qui ne comprime pas entièrement le poumon. La tension de l'air, sufffisante pour permettre une amélioration, est insuffisante pour amener la cicatrisation du poumon. Nous devons chercher à exagérer ce qui a été commencé spontanément. Je proposerai donc à la malade de lui faire des injections intra-pleurales d'air. Je crois que si l'on se contentait de laisser évoluer l'état actuel, on n'arriverait pas à la guérison. J'espère qu'en augmentant le pneumothorax, on obtiendra les meilleurs effets.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur la fréquence actuelle de la gale. — Action de l'étain sur la fièvre tuberculeuse. — Action coagulante du sérum de lapin en période d'anaphylaxie. — Un cas de féminisme post-ourlien. — Deux cas d'érythrémie. — Ictère à spirochète associé à une syphilis en évolution. — Empoisonnement par l'adrénaline. — Cranioplastie. — L'ostéosynthèse en chirurgie de guerre.

M. THIBIERGE lit à l'*Académie de médecine* une note sur la *fréquence actuelle de la gale.*

La gale a augmenté de plus de 350 pour 100 depuis la guerre. Cette fréquence s'explique aisément si l'on tient compte des nombreuses conditions favorisantes que l'on trouve actuellement réunies.

Le galeux sème la contagion la nuit, par rapports sexuels souvent. La contagion peut être due aux acares laissés dans les draps, au linge et aux vêtements du malade.

La propagation de la gale est grandement favorisée par la méconnaissance fréquente de l'affection. Bon nombre de sujets soignés pour eczéma, urticaire, prurit diathésique, prurigo d'origine digestive, prurit dû au pain (variété problématique à laquelle semblent croire quelques médecins) ne sont autres que des galeux.

Il est donc nécessaire que les médecins, et aussi les autorités administratives, soient prévenus de l'extrême fréquence de la gale pour que des diagnostics plus exacts soient posés et que des mesures d'hygiène soient prises.

— M. Arthur COMPTON présente à l'*Académie de médecine* un travail relatif à l'*action de l'oxyde d'étain métallique sur la fièvre dans les cas de tuberculose ouverte.*

On a recommandé, ces derniers temps, l'étain et l'oxyde d'étain dans le traitement des affections à staphylocoque.

Partant de ce fait que le staphylocoque apparaît souvent dans la flore microbienne constituant l'infection secondaire de la tuberculose pulmonaire ouverte, M. Compton a essayé le mélange d'étain et d'oxyde d'étain, à la dose de 1 gramme par jour, chez plusieurs tuberculeux fébricitants.

Dans trois cas, l'un de broncho-pneumonie tuberculeuse, les deux autres de phtisie pulmonaire, l'auteur a vu, sous l'influence de la médication stannique, la température tomber à la normale en 4, 3 et 2 semaines, les crachats devenir plus rares et une grande amélioration générale apparaître.

— MM. Henri DUFOUR et LEHELLO signalent, dans une note à l'*Académie de médecine*, l'*action hypercoagulante, chez l'homme, du sérum de lapin en période d'anaphylaxie.*

M. Dufour conclut que les sérums, dans lesquels des modifications humorales se sont produites du fait des réactions anaphylactiques, ont un grand pouvoir coagulant et qu'il y aurait avantage au point de vue hémostatique à les substituer aux sérums non préparés, habituellement employés.

— MM, LAIGNEL-LAVASTINE et Paul COURBON rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *féminisme post-ourlien.*

Il s'agit d'un soldat de 22 ans qui fut atteint en décembre 1916 d'oreillons avec orchite double et réaction méningée. Depuis ses accidents ourliens, il a vu ses testicules et sa verge s'atrophier progressivement, ses seins augmenter de volume au point d'être nettement visibles, son ventre s'arrondir, ses érections diminuer et sa vigueur génitale fléchir. On assiste, chez ce sujet, à la transformation progressive des caractères sexuels secondaires en ceux du sexe opposé.

— M. YACOEL présente à la *Société médicale des hôpitaux* deux observations d'*érythrémie* (*maladie de Vaquez*).

La maladie de Vaquez a pour symptômes principaux une polyglobulie variable, mais ordinairement assez marquée, une rougeur anormale de la peau et des muqueuses, avec engorgement, et dilatation des veines sous-cutanées

et des veines du fond de l'œil, de l'hyperémie et de la pléthore viscérale, et, enfin, une augmentation de volume de la rate, laquelle atteint parfois des dimensions considérables.

— MM. Garnier et Reilly communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*ictère à spirochète associé à une syphilis en évolution.*

Il s'agit d'un malade chez lequel, au cours d'une syphilis en période secondaire, apparut un ictère dû au spirochète icto-hémorrhagique. Le diagnostic de syphilis fut ici fondé sur la clinique et sur le résultat positif du Wasserman. Le diagnostic de spirochétose fut basé sur l'examen de l'urine, qui permit à différentes reprises de reconnaître la présence de spirochètes. L'ictère ne fut d'ailleurs pas modifié par le traitement spécifique, d'une façon nette et immédiate, ce qui est un argument en faveur de son origine spirochétienne.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de Cornil qui soutenait que l'ictère apparu au cours de la syphilis secondaire était dû à une infection associée.

— M. R. Grasset fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication intitulée : sur une *tentative d'empoisonnement par la solution d'adrénaline au millième.*

Un garçon de pharmacie, dans un but de suicide, ingéra une première fois 15 grammes de solution d'adrénaline au millième, et, cinq minutes plus tard, 20 grammes de la même solution. Deux heures après, il ressentit une violente raideur à la nuque et une céphalée intense. Le facies était congestionné, vultueux. Les accidents cédèrent à la saignée immédiate et à l'administration de vomitifs.

M. Grasset conclut de cette observation que la posologie de l'adrénaline, chez les sujets jeunes, pourrait être modifiée dans un sens assez large. Il pense, d'ailleurs, que, chez son malade, la deuxième dose de médicament n'a pu agir, la muqueuse gastrique, rendue exsangue par la dose première, étant alors inapte à l'absorption.

M. Emile Sergent partage cette opinion. Il insiste, depuis longtemps, sur la nécessité de donner des doses de 2 à 5, et même 6 milligr. d'adrénaline dans les vingt-quatre heures. L'administration par injection sous-cutanée est préférable, pourvu que la solution soit suffisamment diluée et qu'on n'injecte jamais plus de un demi-milligr. au même point et à la fois. On tire d'excellents résultats du sérum adrénaliné de Josué, dont l'absorption est lente.

M. Josué, dans les maladies infectieuses, pratique des injections hypodermiques d'eau salée physiologique adrénalinée, composée d'un cent. cube de la solution d'adrénaline à 1/1000 diluée dans 250 cent. cubes d'eau salée. L'avantage de ce procédé est l'absorption lente du médicament.

M. Netter préfère donner l'adrénaline par la bouche. Les injections sous-cutanées de ce médicament sont douloureuses.

— M. Maurice Péraire présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un malade chez lequel il a pratiqué une *cranioplastie* dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'un soldat atteint, à la suite d'une blessure de guerre de la région frontale droite, d'hémiplégie gauche totale par cicatrice chéloïdienne adhérente au cerveau. La libération opératoire des adhérences fut suivie de guérison.

— M. Le Fur communique à la *Société des chirurgiens de Paris* un travail sur l'*ostéosynthèse en chirurgie de guerre.*

A propos de 33 cas d'ostéosynthèse, M. Le Fur étudie successivement les indications, la technique et les résultats de l'opération.

Les indications de l'ostéosynthèse sont : les réductions impossibles, le retard de consolidation (après 3 mois) ou les pseudarthroses définitives ; les volumineuses pertes de substance dépassant 5 à 6 centimètres.

L'infection, loin d'être une contre-indication, peut au contraire dans certain cas être une raison de plus d'agir. L'auteur est ainsi intervenu plusieurs fois en pleine infection avec un succès complet.

La technique comprend plusieurs points importants : la préparation des extrémités osseuses, leur section, qui sera faite en tissu sain, le traitement du canal médullaire, la coaptation des fragments, leur fixation, l'immobilisation et les soins post-opératoires.

L'ostéosynthèse donne ordinairement des résultats fonctionnels excellents, mais il faut savoir qu'elle retarde en général la consolidation. Sur ces 33 ostéosynthèses, M. Le Fur n'a pas eu un seul accident important à déplorer. Il conclut qu'il s'agit là d'une opération particulièrement indiquée en chirurgie de guerre.

M. Paul Delbet insiste sur l'action désinfectante de l'ostéosynthèse. Elle tient, d'autre part, à l'immobilisation des fragments qui fait disparaître les micro-traumas, conséquence des déplacements imprimés aux extrémités osseuses par les contractions et les spasmes musculaires.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Considérations thérapeutiques sur les maladies des voies urinaires.

Les facilités considérables qu'offrent à toutes les audaces chirurgicales les méthodes modernes d'anesthésie, d'asepsie et d'antisepsie ont créé toute une thérapeutique opératoire de nombre d'affections qui appartinrent longtemps au seul domaine médical.

C'est ainsi que la cystotomie est entrée en faveur dans tous les cas où il paraît nécessaire de mettre la vessie au repos, de l'explorer et même de la soumettre à certaines interventions curatives.

Or, si nous en croyons M. CATHELIN, cette conduite ne serait pas toujours aussi indiquée qu'on pourrait le supposer : il existe en effet des *Vessies qu'il ne faut pas ouvrir* (1).

Ce sont tout d'abord les vessies tuberculeuses, taillées dans le but de rémédier à la *douleur*, symptôme dominant en dehors de la pyurie et de la réduction de capacité. Cette technique, fort bien intentionnée, donne les résultats les plus décevants, tout d'abord parce qu'elle ne tient pas compte de l'élément causal, le rein tuberculeux, véritable promoteur de la cystite. D'autre part, la brèche ouverte dans la paroi vésicale se fistulise et n'a aucune tendance à se fermer. Des infections secondaires surviennent et aggravent le caractère des lésions, en rendant pour ainsi dire inopérants les pansements employés. Enfin, la douleur déterminée par la sonde à demeure dans la bouche vésicale, est infiniment plus aiguë et moins supportable que celle qui accompagne l'évolution normale de la maladie.

Il est tout aussi illogique de tailler une vessie tuberculeuse pour pratiquer l'exploration réno-urétérale. La même exploration faite à vessie fermée, sous le contrôle de la lumière électrique, est infiniment plus facile, sans parler des altérations plus ou moins profondes que l'anesthésique fait subir au parenchyme rénal.

Les vessies cancéreuses et polypeuses constituent des *noli me tangere* chirurgicaux, « étant donnée la certitude des récidives et la rapidité d'évolution, indépendante de l'acte opératoire ». Les exceptions constituées par les néoplasmes du dôme ou des faces vésicales, par ceux dont les franges s'engagent dans le col, ou par les formes hématuriques à grosses pertes sanguines, ne font que confirmer la règle.

Pour terminer, les calculs de la vessie demeurent toujours justiciables de la lithotritie, sauf lorsqu'ils sont trop volumineux (6 à 7 cm. de diamètre) trop durs, ou formés aux dépens d'un corps étranger. L'auteur, en 12 ans, n'a eu l'occasion de faire que 13 tailles hypogastriques pour calcul.

En résumé, la cystotomie sus-pubienne ne demeurerait indiquée que dans ce dernier cas, ou pour exécuter la prostatectomie transvésicale.

(1) *Rev. prat. des mal. des organes génito-urinaires*, mai 1914.

***

En dehors des cystites cancéreuses et calculeuses qui sont des inflammations secondaires de la muqueuse vésicale, en dehors de la cystite tuberculeuse, qui n'est qu'une localisation de l'infection tuberculeuse émanant du rein, il y a place pour les cystites aiguës dont la plus fréquemment observée est la cystite blennorragique.

Les formes moyennes cèdent habituellement au traitement classique. Contre les formes graves, DOPTER et PAURON viennent de préconiser l'emploi de la méthode des virus-vaccins sensibilisés, qu'ils ont employée très avantageusement dans un cas particulièrement défavorable (1).

On sait que les infections de l'urètre et de la vessie peuvent gagner de proche en proche et se propager à toute l'étendue de l'arbre urinaire, jusqu'à la détermination de la pyélo-néphrite ascendante. Par contre, le rein et le bassinet, plus spécialement, peuvent être le siège d'infections coli-bacillaires qui, cheminant en sens inverse, se propageront à l'uretère, puis à la vessie.

On est en droit de se demander si la méthode des vaccinations donnerait, dans ces formes compliquées, des résultats satisfaisants. Sans doute la vaccinothérapie apparaît-elle, à cette heure, comme le prototype de la thérapeutique de l'avenir, dans toutes les infections. Mais ne semble-t-il pas qu'il soit prématuré de vouloir, dès à présent, en généraliser l'emploi parce que, dans un cas déterminé et isolé, elle aurait eu des effets salutaires ? Sans nier la valeur incontestable du procédé, on ne peut cependant pas oublier qu'il comporte encore certains risques qui appellent, dans son utilisation systématique, une circonspection prudente. Les accidents sériques, les phénomènes d'anaphylaxie se manifestent encore avec assez de fréquence pour justifier des craintes que le perfectionnement des préparations et des applications fera sans doute évanouir.

En attendant, il demeure toujours avantageux de recourir aux médications qui ont fait leurs preuves. Dans le sujet qui nous occupe,

(1) *Paris médical*, 1914, n° 25, p. 612.

le traitement des infections urinaires comporte des manœuvres externes, lorsqu'il s'agit de laver, de panser, de désinfecter les muqueuses malades de l'étage inférieur. Ces manœuvres vont même jusqu'à l'exploration des uretères, leur cathétérisme, l'évacuation d'un bassinet transformé en poche purulente, l'instillation même de certains agents puissamment modificateurs.

Ce traitement comprend aussi une thérapeutique interne qui prétend réaliser les mêmes desiderata de désinfection, de pansement, de cicatrisation, et qui y réussit. L'expérience a révélé les heureux effets qu'on obtient des balsamiques, et en particulier du santal, à la condition qu'il soit d'une pureté absolue. L'urotropine de son côté, avec la faculté qu'elle possède de libérer du formol au niveau des reins, et d'y exercer une action remarquablement antiseptique, occupe dans cette thérapeutique un rang des plus honorables. Son activité ne se manifeste cependant qu'en milieu acide. Or, les urines de ces malades sont souvent alcalines, condition défavorable à la mise en valeur complète de l'urotropine. C'est pour remédier à ces difficultés pratiques et pour obtenir le maximum de puissance que possèdent les associations médicamenteuses judicieusement faites, qu'un chercheur ingénieux a eu l'idée heureuse de combiner l'essence de santal à l'urotropine en présence des acides oléique et citrique, entièrement dénués de toxicité. Cette combinaison, connue sous le nom d'Hexotal, constitue un antiseptique urinaire d'une remarquable efficacité. En outre, l'urotropine conserve ses propriétés diurétiques et son affinité pour l'acide urique dont elle favorise l'élimination.

Il en résulte que « l'Hexotal » est tout à la fois un antiseptique, un diurétique et un lixiviant des plus énergiques, dont l'emploi sera tout indiqué dans les blennorragies, les cystites, prostatites, aussi bien que dans la gravelle urique, et dans la goutte.

Dr E. D. Gaston.

BIBLIOGRAPHIE

Le courage

Voici un livre qui vient à son heure ; il est dû à la plume (1) du médecin principal Huot et du médecin-major Voivenel. Le premier, colonial passionné, littérateur délicat est l'auteur de *Vasanga* et de *la Goule noire*. Le second, psychiatre de race, est le chroniqueur médical apprécié du *Mercure de France*. Tous deux sont de fins lettrés, des psychologues avisés, et association plus rare encore et qui donne à ce livre un prix infini, tous deux sont des soldats.

Ce qui frappe surtout dans ce livre, c'est le sens profondément philosophique qui en émane ; les auteurs, en effet, ont en général, placé en tête de chaque chapitre un aperçu psychologique du sujet, largement et vigoureusement brossé. Dans le chapitre sur la peur, en particulier, grâce à leur savoir étendu, à leur sens critique judicieux ils ont mis au point cette question si délicate des cénesthésies, de cette montée incessante des impressions jaillies des organes des sens, rendant ainsi aux William James, aux Lange, aux Dumas, à ces partisan de la théorie viscérale de l'émotion, l'hommage qu'ils leur devaient ; car on a peur splanchniquement avec son ψυχη. Mais on a aussi peur intellectuellement avec son cerveau organique, avec son νους (centres psycho-moteurs ou polyginaux de Grasset), car il y a également une véritable cénesthésie cérébrale, (Théorie de Sollier), Dans ce cas-ci, la peur est d'origine centrale, dans ce cas-là, ce sont les vigies périphériques neurovasculaires qui jettent le cri d'alarme. Dominant ces deux cénesthésies, le cerveau psychique (centre de Grasset) agit comme frénateur ; par sa volonté, l'homme triomphe de ses émotions, par elle il jugule sa peur. C'est ce cerveau psychique qui joue le rôle essentiel dans cette définition, un peu simpliste, du courage que donnait Socrate : « la science de ce qu'il faut faire dans le danger. »

Ces théories philosophiques, lumineusement exposées, sont fortement établies sur une assise bibliographique puissante : historique et littéraire, médicale et militaire ; elles sont en outre étayées par une série d'aperçus personnels profonds et d'anecdotes vécues, vivement contées, et émaillées de mots à l'emporte-pièce, qui donnent à ce livre son ardent intérêt.

Un souffle puissant de vie positive le traverse, une flamme idéaliste l'illumine tout entier.

Des esprits chagrins regretteront peut-être que cette flamme ne s'élève pas toujours assez haute ni assez pure vers les régions éthérées de l'idéal, mais c'est là question de tendances métaphysiques et de sentiment, et les auteurs se sont énergiquement gardés d'en faire. Il est plus facile d'ailleurs de flamber d'idéalisme à l'arrière dans le confort et loin du danger, que sur un champ de bataille, dans une cagnia enfumée ou dans un P. C. blindé soumis aux rudes et déchirantes explosions des « gros noirs ».

Les auteurs ont traité leur sujet en biologistes avertis, en philosophes lettrés, en patriotes convaincus, en soldats courageux et énergiques qu'ils sont, quels plus beaux éloges pourrait-on leur décerner.

Quant à vouloir passer en revue, même su-

(1) Drs Huot et Voivenel.— *Le Courage*. Librairie Félix Alcan, Paris.

perficiellement, le contenu de ce livre, c'est là, chose impossible tant il est substantiel : à noter plus particulièrement, toutefois, le chapitre si original et si neuf sur psychogénie du courage dans les races africaines en passant de la horde aboulique des Quarrés aux peuplades belliqueuses du Sénégal ; celui de la peur dont nous avons déjà donné un rapide exposé. D'une haute tenue morale, ceux qui ont trait à l'altruisme logique et à l'âme nationale, très originaux aussi l'amour du risque, l'habitude et l'expérience, etc. Et en dernier lieu, palpitant d'intérêt, la bataille, qui met en action tous les facteurs précédemment analysés ; pendant la période préparatoire précédant le combat, il se produit une véritable accumulation de potentiel nerveux ; pendant l'assaut celui-ci se décharge rapidement ; c'est la phase de détumescence, véritable « hémorragie de la sensibilité » aboutissant à l'épuisement des neurones. Vient ensuite, et lentement, la recharge nerveuse qui nécessite le retrait du combattant de la ligne de feu et une longue période de « retapage » à l'arrière.

Ce livre est à lire non seulement par ceux qui s'intéressent au mouvement des idées de leur temps, mais ausssi par ceux qui ont connu les émotions puissantes de la bataille et qui retrouveront notées, analysées et concrétées les sensations qu'ils ont ressenties. Pratiquement, il éclaire d'une vive lumière la psychologie du combattant et à ce titre il doit être entre les mains de tous ces manieurs d'hommes : officiers et médecins, qui ont charge d'âme sur le front.

C'est un beau livre en soi, mais encore puissant d'intérêt et d'utilité par les horizons nouveaux et les perspectives infinies qu'il découvre.

H. Pénau.

L'orthopédie indispensable aux praticiens, par F. Calot (de Berck.) — *Adénites, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, tuberculose du testicule, scoliose, luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, déviations rachitiques, maladies des os et des articulations, déviations congénitales et acquises, fractures, ostéomyélites, appareils, etc., etc.* Un volume de 1.125 pages, avec 1.160 figures et des photographies en couleurs, cartonné toile. Prix : 28 fr. 50.

La précédente édition était épuisée depuis plus de trois ans ; si celle-ci tant de fois réclamée n'a pas paru plus tôt, c'est la faute des impedimenta créés par cette guerre.

La première édition portait la date de 1909 ; ainsi donc, en moins de dix ans, ce livre arrive à la septième édition française et il a été traduit en cinq langues ; n'est-ce pas la preuve qu'il a rendu des services aux praticiens de France et du monde entier et qu'il est destiné à leur en rendre encore ?

L'auteur n'a rien négligé pour que cela soit. Cette fois encore le fond de l'ouvrage a été remanié et augmenté, texte et figures. Quant à son exécution matérielle, elle a été portée, croyons-nous, au plus haut degré de perfection possible à l'heure actuelle.

Parmi les additions faites à la nouvelle édition, citons celles qui se rapportent à la paralysie infantile, à la coxa vera, à l'insuffisance de l'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses externes (malgré tout le bruit fait autour de cette médication), au redressement des gibbosités il y a vingt ans et aujourd'hui, à la tuberculose du péritoine et du rein, etc.

On sait que très peu de livres ont eu un pareil succès ; c'est qu'en effet il en est très peu qui puissent, autant que celui-ci, rendre service aux praticiens, à tous les praticiens.

Comme l'a écrit le Dr Alb. Mouchet : « Désormais, grâce à ce guide, tous les médecins de bonne volonté oseront entreprendre et sauront mener à bien le traitement des affections orthopédiques. Le texte clair, précis, est expliqué pas à pas par des *figures innombrables* qui conduisent vraiment sur le *mal* la *main* qui *palpe* et qui ponctionne. En résumé, *un vrai livre de chevet indispensable aux praticiens.* »

« Dans cet ouvrage, a dit de son côté le Dr Fiessinger, on voit les temps opératoires. Il n'y a rien de tel que de voir pour cesser d'avoir peur ; les praticiens même isolés et livrés à leurs seules ressources seront rassurés. Dans nos campagnes, le praticien se mettra à reduire les luxations congénitales de la hanche. Quel mérite, quand tout ce petit monde marchera droit ! On en parlera dans toute la région, et quels triomphes de clientèle ! Et cela explique le succès rapide et toujours croissant du livre de M. Calot auprès des praticiens.

« Pourquoi, dit aussi le Dr F. Helme, cette vogue inlassable qui va toujours grandissant ? Parce que le public médical est sûr d'avance que l'outil qu'on lui offre pour la pratique est de ceux qui lui sont nécessaires et qu'il ne le payera jamais trop cher. Rien n'est simple dans la vie ; même pour délayer du plâtre, il y a une technique minutieuse, et l'auteur ne manque pas de l'indiquer. Il faut savoir appliquer les attelles, mettre entre les bandes, une couche de bouillie, il faut vérifier l'attitude du membre, s'assurer que les orteils sont sensibles, etc. ; bref, il y a les bons et les mauvais plâtres, comme il y a les bons et les mauvais bergers. Pour le traitement des tuberculoses suppurées, il y a aussi une technique dont tous les détails sont indiqués dans ce livre, avec des *titres-médailles* qui font image. Pas de manœuvres, pas de signes cliniques, pas de complica-

✦✦

tions qui ne soient signalés. M. Calot a le don d'enseigner ; la vogue de ses livres, comme de ses cours, le prouve assez d'ailleurs. Nul mieux que lui, sans schématisation excessive, ne sait apprendre aux autres ce que l'expérience lui a appris à lui. Je félicite nos jeunes confrères qui ont de si beaux livres à leur disposition. » (F. HELME).

L'orthopédie et chirurgie de guerre. *Appareils, Fractures, Traitement des plaies, Drainage, etc.* par F. CALOT (de Berck) (1). In-8°, avec 263, figures et 2 planches, 8 fr. 50.

Le choix d'un appareil et d'une méthode de traitement des fractures ? ?... Il n'est pas de questions plus importantes dans toute la chirurgie de guerre, et l'on en trouvera ici la solution.

1° LE MEILLEUR APPAREIL.

« C'est dans ce livre (a écrit PAUCHET, d'Amiens), livre basé sur une énorme expérience et exprimé dans un style clair et facile, que l'on apprendra à faire des appareils simples et solides permettant des pansements faciles et répétés. Ces appareils permettront de réaliser l'immobilisation permanente dans tous les cas, une immobilisation qui empêche l'infection et qui préserve des mutilations ultérieures. »

Chaque matin on invente un nouvel appareil et une nouvelle méthode de traitement des fractures, au point qu'il est devenu « très difficile d'en faire la simple énumération », suivant le mot d'un critique médical.

Mais, nous dit M. CALOT, j'ai eu beau m'en aller voir, ou lire, tout ce qui a été fait sur ce sujet, je n'ai pu encore rencontrer un appareil qui soit à la fois mieux moulé, plus précis, plus *confortable pour le blessé* (comme appareil de transport et comme appareil définitif) et PLUS PRATIQUE POUR LE MÉDECIN que le grand plâtre que nous avons appris à faire depuis trente ans, lequel est, en même temps que le meilleur de tous les appareils, le plus sûrement inoffensif si on le fait suivant la technique décrite et figurée dans ce livre. Au reste, si l'on s'avisait (enfin !) d'interroger sur cette question tant discutée (des appareils), les chirurgiens les plus compétents, à savoir les chirurgiens orthopédistes (puisque l'orthopédie est la *science des appareils*), il n'en est pas un seul qui n'affirmerait bien haut la supériorité d'un bon plâtre, adapté à chaque cas particulier sur tous ces appareils innombrables fabriqués « à la grosse » et « en série », loin du blessé.

2° QUELLE EST LA MEILLEURE DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FRACTURES ?

Il suffit, pour les juger, de voir les résultats que chacune donne dans les 2 types de fractures les plus difficiles à soigner et qui par là même nous serviront de criterium, à savoir les *fractures du col du fémur*, et les *fractures de la diaphyse fémorale*.

« Eh bien, encore ici, nous dit M. CALOT, j'ai vu ou lu, je crois, tout ce qui a été fait, et je déclare sans fausse modestie que je n'ai pas encore rencontré de méthode qui donne des résultats aussi bons que ceux obtenus avec le PLATRE SEUL (par notre ami Withmann ou par nous) (1) pour les *fractures du col du fémur*, et non plus une méthode qui donne des résultats aussi bons que ceux obtenus par nous et notre élève Colleu, avec le PLATRE ASSOCIÉ à l'EXTENSION CONTINUE pour les *fractures du corps du fémur* (2). »

Et voilà pourquoi l'auteur recommande à tous ses confrères, militaires et civils (pour les fractures de guerre et aussi du temps de paix) l'emploi de l'appareil plâtré associé ou non (suivant le cas) à l'extension continue, de la manière clairement écrite et figurée dans son livre, — ce traitement, qui est de tous le *plus efficace*, se trouvant être aussi le plus pratique, *applicable partout, par tous et pour tous*, ce qu'on ne saurait dire de tous les autres traitements avec lesquels le médecin reste trop souvent à la merci d'un constructeur ou d'un serrurier...

(1) Trois éditions en moins de deux ans, et le livre traduit aussitôt paru, disent l'accueil fait à cet ouvrage par les praticiens de France et de l'Etranger. « Un livre que nous devons tous posséder et consulter journellement. » (PAUCHET).

Du Prof. R. LERICHE (de Lyon) : « C'est un *véritable traité de l'appareil plâtré* ; nulle part il n'existe sur ce sujet d'ouvrage plus complet et aussi précis ; et c'est pour cela que chacun à le lire y trouve son compte, même les plus instruits. Je ne saurais trop recommander à tous la lecture de ce livre.

(1) Voir les radiographies de la page 273 du livre.

(2) Voir les radiographies de la page 274 du livre et de la *Médecine Internationale*, novembre 1916.

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 13. — Femme d'un confrère aide-major, instruite, mère de famille, désirerait trouver à utiliser ses connaissances étendues en langue italienne pour traductions de tout genre.

N° 14. — A céder à Paris, clinique accidents du travail.

N° 15. — On recherche remplaçant sérieux pour la durée de la guerre. Conditions : fixe à verser au remplacé, le surplus appartiendra au remplaçant.

N° 16. — Docteur désire entrer en relations avec famille de confrère décédé pour reprendre poste où il pourrait exercer l'art dentaire. Autant que possible région sèche et tempérée. Achèterait fauteuil dentaire et instruments de dentisterie.

Petite correspondance

Dr G. à *Concours*. — Je vous demanderai d'avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants. J'ai été prisonnier du 10 mars au 11 octobre 1916. Il a paraît-il, paru le 14 août dernier, un décret concernant les prisonniers rapatriés. Les boches m'ont bien payé 280 marks par mois, mais du 10 mars au 1er avril je

Suite page XIX.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'acné.

Le Dr Paul GASTOU, dans son tableau étiologique des acnés, reconnaît :

Les acnés toxiques (médicamenteuses, professionnelles) ; les acnés toxi-infectieuses (par inflammations, spécifiques) ; les acnés dystrophiques, dégénératives, néoplasiques ; les acnés auto-toxiques (par hypersécrétion : comédons, séborrhée grasse ; — par rétention : acné miliaire, couperose).

De ces dernières seulement nous nous occuperons :

A. *Traitement général interne* : ce traitement variera un peu suivant la forme de l'acné et l'âge du malade :

1° Huile de foie de morue. Manganèse et fer associés à l'arsenic :

Carbonate de manganèse....	0,05 cgr.
Sulfate de fer...............	0,03 cgr.
Méthylarsénate disodique....	0,02 cgr.
Miel de Narbonne..........	q.s. p 1 pilule

2 à 6 par 24 heures.

2° Agir sur la circulation veineuse :

Extrait fluide d'hamamelis }	ââ 15 grammes.
Extrait fluide d'hydrastis }	

20 gouttes trois fois par jour dans une infusion de *verveine*.

8° 10 jours par mois :

Elixir :

Etain colloïdal........	10 centigrammes
Alcool à 90°...........	15 grammes
Sirop d'éc. or. amère..	60 grammes
Eau dist. q. s. p.......	150 grammes

3 à 5 cuillerées à dessert par 24 heures.

F. S. A.

B. *Traitement externe* :

1° Tous les soirs, au moment du coucher.

Pulvérisation sulfurée, 10 minutes, suivie de l'application de :

Ichtyol...................	2 grammes
Savon de potasse........	5 grammes
Soufre colloïdal..........	5 grammes
Huile de gomenol.......	10 grammes
Lanoline............... }	ââ 45 grammes
Vaseline............... }	

2° Laver le matin le visage avec :

Eau chaude............	(30 à 35°) 1 litre.
Lait virginal...........	1 cuill. à café.

Rappelons la formule du lait virginal :

Teinture de benjoin.....	10 grammes
Eau de roses...........	400 grammes

On pourra alterner avec :

Eau chaude à l'alun ou au bicarbonate de soude.

C. *Régime alimentaire* : Proscrire sauces, poissons de mer, les épices, les fromages de haut goût. Pas de viande le soir, ni thé, ni alcool.

Boire, au réveil :

Un verre d'eau alcaline (type Vals).

D. *Traitement hydrominéral* :

Chez les *lymphatiques* : Amélie-les Bains, arèges, Uriage, etc.

Chez les *anémiques* : Bussang, La Bourboule.

Chez les *arthritiques* : Châtel-Guyon, Capvern.

Chez les *dyspeptiques* : Vichy, Vals.

Chez les *entéro-colitiques* : Chatel-Guyon, Plombières, etc.

Dr R. MOLINÉRY (de Barèges).

CORRESPONDANCE

Un oublié

Je lis dans votre dernier numéro du *Concours* qu'en temps de paix, la promotion au deuxième galon était de droit « après 4 ans de grade ».

A ce sujet, je viens vous exposer mon cas :

Docteur en médecine depuis 1899, aide-major de 2e classe en 1900, je n'ai obtenu mon deuxième galon qu'en décembre 1914, ce qui m'a fait 14 ans de grade à un galon !..

Durant ce laps de temps, j'ai fait une période de 28 jours *sans solde*, et les manœuvres du Service de Santé.

Pourquoi ai-je attendu 14 ans cette nomination ? J'ai été oublié. — Je suis certainement rare dans mon espèce — J'ai réclamé un jour : pas de réponse.

Pendant ces 14 ans, j'ai eu une mutation de région, ce qui a sûrement été la cause de cette omission.

Actuellement, je n'ai donc que 3 années de grade à deux galons, alors que je devrais en avoir 12 ou 13.

Tout cela pour une incurie administrative. Mes contemporains passent à leur troisième ficelle : ils y ont bien droit, mais moi, l'oublié, j'attendrai...

Et en attendant, je claque des dents et les miens, si je viens à leur manquer par suite d'un accident du travail de guerre, pourront penser à leur aise aux conséquences d'un ancien oubli administratif.

J'ai signalé mon cas à ma Direction : pas de réponse encore.

Avant de faire poser ma question à qui de droit sur ce cas unique et inique, je viens vous demander votre avis.

Réponse

Si vous avez adressé une réclamation dans

les formes voulues, vous auriez dû recevoir une réponse.

Il faut récidiver en envoyant, par la voie hiérarchique, votre demande au ministre de la guerre.

Si, dans le délai d'un mois, vous n'avez pas de nouvelles de votre demande, vous vous adresserez *directement* au ministre de la guerre, en négligeant la voie hiérarchique.

Peut-être vous objectera-t-on que vous n'avez fait *qu'une période* entre votre nomination à 1 galon et à 2 galons.

En tous cas, il nous paraît inadmissible qu'on ne vous tienne pas compte du long piétinement que vous avez fait dans votre premier grade et nous vous engageons à tenir bon jusqu'à ce que vous ayez une réponse, quelle qu'elle soit.

Tarifs kilométriques comparés d'assistance et de transport général.

Un dernier numéro du *Concours* parle de l'auto du médecin.

A ce sujet, ne croyez-vous pas qu'il serait utile de faire, dans le *Concours*, une étude d'ensemble des tarifs d'assistance d'avant-guerre, spécialement les tarifs kilométriques, avec, en regard, les nouveaux tarifs consentis par les départements pendant la guerre ?

Il serait peut-être intéressant de comparer dans quelques villes les tarifs légaux des taxis et les augmentations accordées depuis la guerre.

Des éléments ainsi assemblés pourrait se déduire une rémunération raisonnable des gros frais de route actuels et l'unification des tarifs kilométriques. Dr B.

Réponse

Nous soumettons la question à nos lecteurs et nous enregistrerons volontiers les résultats de l'enquête dont vous proposez l'ouverture.

Les médecins de marine bénéficient-ils des dispositions concernant les médecins de l'armée de terre.

La loi Mourier ne s'applique pas jusqu'ici aux différents corps de la marine. De même, la circulaire du 30 juillet 1917, qui concerne les officiers des classes 1888 et antérieures, *n'est pas applicable encore* à la marine, — ce qui est tout à fait illogique et injuste — et c'est sur ce fait que doivent porter les réclamations.

Il faut demander l'analogie et que les uns et les autres soient traités sur le même pied.

Dr X.

Réponse

Nous sommes entièrement de votre avis, et nous tenons à donner à votre légitime réclamation la publicité du *Concours médical*.

Nous ne pourrons jamais comprendre pourquoi deux poids et deux mesures sont applicables à des professionnels, ayant mêmes titres, mêmes devoirs, même droits, parce que les uns sont marins, les autres terriens.

Où, dans tout cela, retrouver trace de l'*égalité devant la loi*, inscrite au frontispice et sur les murs de tous nos monuments ? Serait-il vrai qu'elle ne soit qu'un mythe ? ?

Les idées d'un médecin de l'avant sur le Service de Santé

Nous faisons une guerre dure et sauvage dans un coin perdu de l'Italie du Nord, vers l'angle de la Piave, où les braves chasseurs de ma division viennent de reprendre la Tomba et le Fenera, monts qui dominent la plaine Vénète. Mon ambulance y a travaillé de son mieux, tapie dans un petit village au pied de la montagne, nous y avons recueilli les blessés des lignes dans un petit municipe au milieu de formidables bombardements et nous n'avons quitté notre poste que lorsque l'écroulement de l'édifice a rendu la situation intenable. Tout mon petit monde a été très bien d'endurance et de dévouement.

Ce que je suis devenu depuis 1914 ? J'ai servi ; servi dans mon rôle modeste, cherchant comme les camarades, à assister de mon mieux notre frère le poilu si simple et si grand dans son abnégation et son esprit de devoir. Ma vie actuelle est celle de tous nos confrères praticiens qui sont sur le front, avec ses petites misères et ses satisfactions toutes intérieures.

Je suis avec intérêt depuis le début de la guerre vos efforts pour améliorer ce qui évidemment est loin d'être pour le mieux dans le meilleur des mondes. Vous l'avez fait très bien en cherchant à vous maintenir dans les régions de l'intérêt général et des mesures raisonnables, et vous avez permis de se faire jour à des doléances dont quelques-unes ont eu un caractère très respectable.

Le Service de Santé est une vieille machine qui a subi bien des transformations depuis le siècle dernier. Délaissant le côté organisation, administration, on s'était efforcé de donner un caractère militaire, en temps de paix, à la médecine et à la chirurgie. Nous avons tous été plus ou moins les victimes de cette formation de nos cadres dans une école spéciale, conception si chère à certains, et qui, à côté d'avantages illusoires de solidarité, s'est surtout efforcée de former les caractères à des habitudes de ser-

vitude craintive vis-à-vis du commandement, à laquelle ont échappé si peu d'esprits indépendants. C'est dans cette formation qui nous semble difficile à bien comprendre, qu'il faut chercher la raison de cette peur des initiatives, ce besoin d'être couvert, cette crainte des responsabilités qui nous étonnent, car cela est si différent de l'existence même du praticien !

Toutes les améliorations dans une machine aussi peu adaptée aux besoins de la guerre moderne se font lentement, mais il y a néanmoins une large place au labeur utile dans le rôle modeste, mais primordial, qui nous est dévolu et où tant de confrères font si simplement et si admirablement leur devoir.

Il est vrai aussi que les zones de l'avant sont un excellent milieu pour retremper les énergies et l'atmosphère morale y est infiniment plus pure que partout ailleurs.

On s'y abstrait plus facilement, dans le danger ambiant, des contingences personnelles. Ma lettre est longue, mais je commence à avoir vu pas mal de choses dans l'existence de l'extrême-front que je mène depuis bien des mois et à m'y faire des idées personnelles que je vous communiquerai peut-être, si cela vous intéresse et si les nécessités de notre vie mouvementée m'en laissent les loisirs.

Dr F.

Réponse

En vous remerciant de votre aimable lettre, nous vous informons que nous mettons volontiers nos colonnes à votre disposition, pour y exposer vos idées.

A propos du Tarif Dubief

C'est encore moi qui sollicite un renseignement :

1° Quel est le tarif médical des accidents du travail pour une localité de 600 habitants (visite et consultation).

2° Le tarif kilométrique a-t-il été augmenté depuis la guerre pour le tarif Dubief ?

Dr R. G.

Réponse

1° Le prix de la visite au tarif Dubief est, pour les localités comptant moins de 5.000 habitants, de 1 fr. 50 et celui de la consultation de 1 franc, à moins qu'elles ne figurent dans l'arrêté ministériel du 26 juillet 1906 au nombre de celles où le prix de la visite a été transitoirement fixé à 2 francs.

2° Le tarif Dubief n'a subi aucune modification depuis qu'il a été établi, pas plus pour les honoraires proprement dits que pour l'indemnité kilométrique, pas plus depuis la guerre qu'avant.

Les Médecins mobilisés

Chiffres donnés à la Chambre des Députés
(Séance du 20 décembre 1917)

par M. MERLIN.

Total des médecins français en 1911 : 20.809.
Médecins mobilisés : 18.565 { à l'intérieur : 7.676. aux armées : 9.972.
Médecins militaires : 1.258.
Reste à l'intérieur, pour la population : 2.244 *médecins âgés de 50 ans et au-dessus.*
Population civile restante : 32 à 34 millions.

Or, les médecins mobilisés le sont pour des effectifs de 10 à 12 millions.

Par M. J. GODART.

Médecins mobilisés........	17.307
Médecins militaires........	1.258
Total............	18.565

La relève des médecins de la classe 1891 est faite, celle de la classe 1892 est en cours.

Réflexions.

De l'étude des chiffres officiels ci-dessus, il résulte que tous les médecins R. A. T. peuvent être relevés et ramenés *définitivement* à l'intérieur où ils trouveront des emplois plus adéquats qu'aux armées où, malheureusement, ce ne sont ni les plus jeunes ni les plus valides qui ont les affectations demandant le plus grand effort physique, malgré le principe posé par la loi Mourier, principe conforme en bon sens, qui s'énonce : *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière.*

Il semble que notre distingué sous-secrétaire d'Etat au service de santé l'ait bien compris, puisque nous apprenons que la classe 1892 va être relevée et, après elle, les suivantes. Nous espérons que, dans l'intérêt du service, ces relèves seront définitives et très prochaines.

On ne saurait trop féliciter M. Justin Godart de cette décision, car elle est conforme je ne dirai pas seulement à la justice et à l'équité, mais aux besoins de l'heure, à l'intérêt général. C'est une décision dictée par le meilleur et le plus intelligent patriotisme.

Et, puisque nous parlons de ceci, que M. le sous-secrétaire d'Etat au service de santé nous permette d'ajouter qu'il complèterait son œuvre d'une façon définitive et parfaite s'il ordonnait par *circulaire expresse*, qu'aux armées, les médecins R. A. T., en attendant leur relève définitive, seront TOUS affectés à la zone des Etapes et ceux de l'A. T. aussi,

tout au moins les classes les plus anciennes de l'A. T.

Le seul fait de l'âge constitue, pour l'ensemble, cette « *Inaptitude restreinte* » qui a fait l'objet d'une circulaire. D'ailleurs, jamais la porte de l'extrême-avant ne serait fermée, naturellement, aux volontaires qui désireraient y être affectés afin de mettre au service le plus pénible du pays une jeunesse persistante et des forces exceptionnelles.

Au moment où le grand effort militaire est sur le point de se déclancher, il est bon de regrouper les forces de manière à en tirer le meilleur parti, le plus grand rendement. Grouper les médecins comme nous le proposons serait les utiliser au mieux.

Tout cela est possible immédiatement. Les chiffres le démontrent. Dans l'intérêt supérieur de tous, il faut que cela soit fait. Il suffit, nous le répétons, d'une *circulaire impérative*, laquelle, d'ailleurs, sera seulement le complément indispensable de l'excellente Dépêche ministérielle 290 ci/7 du 17 octobre 1916.

X...

Chacun à sa place.

20 fois sur le métier remettons notre ouvrage. Il le faut bien puisque, plus ça dure, plus c'est la même chose.

Ecoutez les doléances et les récriminations d'un vieux de 41 ans ; 8 ans de 2 galons; 30 mois de front, dont 26 dans un bataillon d'infanterie où il est encore.

Pourquoi tous, je dis *tous* les médecins-majors de l'active de 1 à 4 galons ne sont-ils pas affectés à des *régiments d'infanterie* ? C'est leur métier ; leurs fonctions d'avant-guerre les y destinaient et leur avaient donné l'expérience de la troupe. Pourquoi ont-ils quitté des postes fatigants et périlleux pour se faire suppléer par les médecins de complément et aller dans des endroits moins durs ?

Prenez les promotions d'active des 10 dernières années, et vérifiez leurs affectations ; faites le pourcentage de ceux servant dans l'infanterie ! Il est ridicule qu'on établisse une statistique basée sur les nominations et affectations parues à l'*Officiel*.

Que l'on publie la liste de ces éphèbes de carrière affectés aux ambulances, aux H O E, à l'artillerie, aux compagnies d'aérostiers, etc., etc., et l'on ne verra plus des divisions entières de choc, de troupes d'assaut, où on ne trouve pas un seul médecin d'active dans l'infanterie.

Des règles nettes, claires, précises et des sanctions contre les défaillances.

Vous avez déjà obtenu des résultats appréciables ; persévérez dans le bon combat.

Nous sommes 15.000 médecins de complément, régis et asservis par une minorité infime de 1.100 médecins d'active. De l'équité et de la justice.

Ici, enrôlés dans la Grande Muette nous sommes muselés, mais les Associations, les Syndicats professionnels ont les coudées franches et le libre parler : A l'œuvre !

Pourquoi tous les médecins, docteurs en médecine n'ont-ils pas 3 galons comme les aumôniers ? ils rendent autant de services effectifs.

Pourquoi les aides-majors de 1re classe ne passent-ils pas à 3 galons à l'ancienneté comme les combattants ?

Réponse

Nous enregistrons votre réclamation. Le même son a déjà souvent tinté à nos oreilles. Et nous sommes trop les amis des praticiens pour ne pas lui prêter une oreille complaisante et le renforcer de la publicité de notre journal.

En ce qui concerne vos deux questions *in fine*, nous y avons maintes fois répondu.

L'organisation actuelle du service de santé, *que nous n'approuvons pas*, assimile les médecins aux officiers des armes combattantes et leur confère la même hiérarchie. Tant qu'il en sera ainsi, les médecins devront en gravir, un à un, les échelons (1). Il n'y a donc aucune analogie à établir entre eux et les aumôniers, qui ne font pas partie de l'encadrement des corps et services, auxquels, par considération, on donne le rang d'officier, et qu'on autorise à porter les insignes du grade de capitaine, dont ils touchent la solde, parce qu'ils sont une minorité infime, et dégagée d'obligations militaires.

L'idéal est, pour nous, un remaniement du service de santé, où les grades et les galons ne créeront aucune assimilation ; les différentes fonctions seront données selon les aptitudes, les compétences et une échelle *de solde* apportant *automatiquement* aux ayants droit le traitement que leur méritent leur âge et leurs années de pratique.

2° Nous demandons depuis longtemps déjà que les aides-majors de 1re classe se voient réserver, à l'ancienneté, la moitié des places vacantes.

(1) Nous omettons volontairement la promotion hors série, que nous n'avons pas encore digérée, — des officiels. Ce fut là le fait du prince.... de la science !!!

Petite Correspondance (Suite)

—

n'ai touché aucune solde ; je voudrais bien savoir à quoi m'en tenir.

Réponse. — Il résulte en effet, de décrets en date du 14 août 1917, publiés au *Journal Officiel* du 21 août, que les prisonniers de guerre, et notamment ceux faisant partie du personnel sanitaire et rapatriés en vertu de la Convention de Genève, ont droit au rappel de la solde de présence pendant toute la durée de leur captivité, sous déduction des sommes perçues par eux du Gouvernement ennemi. Vous pouvez donc réclamer le règlement de ce qui vous est dû en vertu de ces dispositions.

Dr A. à *Concours*. — Les docteurs en médecine du service auxiliaire qui ont le grade de médecin auxiliaire et la solde de médecin aide-major de 2e classe, sont-ils considérés comme des officiers du S. S. ou mieux sont-ils assimilés à ces officiers pour qu'ils puissent, par exemple, profiter des avantages énoncés dans la circulaire du 30 juillet 1917, dont il est question à la page 873 du numéro du *Concours* du 15 octobre ?

Réponse. — Les médecins auxiliaires qui bénéficient du traitement de médecin aide-major de 2e classe ne sont pas assimilés aux officiers. Mais ils peuvent bénéficier de la Circulaire Ministérielle prescrivant le renvoi à l'intérieur, au lieu de leur résidence du temps de paix, des médecins des classes les plus anciennes, ou catégorisés dans ces classes par suite du nombre de leurs enfants. Ils peuvent même demander à bénéficier de la mise en sursis dans les mêmes conditions que les hommes de troupe et sous-officiers des mêmes classes.

Dr M. — Voudriez-vous me dire si en 1918 les contributions porte-fenêtres, cote mobilière et patente, sont supprimées même en ce qui concerne les parts départements et communes.

Les 2 premières surtout m'intéressent. J'avais quelques années avant la guerre commencé des agrandissements à ma maison, que je pourrai peut-être continuer au printemps.

Je serais heureux de savoir ce qui résultera pour moi de ces agrandissements vis-à-vis du fisc.

Suite page XXII

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La démission de M. Justin Godart.

Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé.

Interpellé au sujet des aventuriers faux médecins qui obtinrent récemment dans le Service de Santé des grades supérieurs, auxquels les praticiens les plus dévoués et les plus expérimentés n'ont jamais pu prétendre, M. Justin Godart a préféré se retirer. D'ailleurs qu'aurait-il pu répondre aux questions pressantes de M. Tournade et des D[rs] Navarre et Gilbert Laurent ?

M. Justin Godart tombe du pouvoir, victime de l'Administration du Corps de Santé Militaire qui a poussé aux dernières limites l'imprévoyance, la suffisance et l'incurie, Bureaucratie contre laquelle il essaya en vain de se débattre et de lutter.

Bien que ne paraissant pas prédestiné par sa profession d'avocat à la tâche écrasante d'organiser, en temps de guerre, un Service de Santé militaire qui, en réalité, n'existait pas, M. Justin Godart osa entreprendre ce nouveau travail d'Hercule. Les événements nous ont montré qu'il n'y réussit qu'en partie. Néanmoins, nous devons lui tenir compte du courage qu'il eut en acceptant ces fonctions difficiles, de ses efforts indiscutables et, dans quelques cas, d'une réelle bonne volonté.

J. N.

Les tuberculeux à l'armée

Nous tenons à reproduire intégralement le préambule d'un remarquable article que vient de publier, dans le *Monde Médical* (novembre 1917), le docteur Emile Sergent, médecin de la Charité.

Sa lecture ne manquera pas de réjouir notre bon collaborateur, le D[r] Hamant, de Cambo.

Plusieurs de mes confrères, qui, par leurs fonctions, se sont trouvés aux prises avec les difficultés du *diagnostic médico-militaire* de la tuberculose pulmonaire, m'ont demandé de condenser en quelques pages les résultats de mon expérience personnelle. J'ai déjà si souvent écrit des articles sur ce sujet que je n'aurais point songé à me répéter une fois encore, si je n'avais dû reconnaître, avec des confrères, que des vérités, que nous considérons comme des banalités, sont radicalement incomprises, sinon complètement ignorées, de nombre de médecins *plus ou moins experts*.

Je crois qu'il est préférable, en toutes circonstances, qu'un observateur convaincu exprime sa pensée en toute franchise, sans se soucier des répercussions plus ou moins fâcheuses que cette franchise peut entraîner pour son intérêt personnel ; le seul guide qu'il doit suivre est l'intérêt général. Pour ma part, je ne me suis jamais arrêté devant la crainte que mon opinion, librement formulée, puisse susciter l'acrimonie de quelques mécontents. Je ne vise absolument personne ; par-dessus les têtes innocentes ou inconscientes des confrères qui pourraient se croire atteints, je ne veux apercevoir que les défectuosités et les imperfections de l'enseignement qu'ils ont reçu à la base de leurs études et dont toute leur vie de praticiens mal formés a gardé l'empreinte. Ils croient savoir et ils ignorent ; ils sont d'autant plus « suffisants » dans la bonne opinion qu'ils ont d'eux-mêmes et dans le jugement péjoratif qu'ils portent sur les autres, qu'ils sont plus « insuffisants » dans leurs connaissances cliniques. Ils sont de ceux qui pensent que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est un exercice tout à fait simple et facile, à la portée du plus novice des étudiants en médecine. Un « coup d'oreille » bien appliqué, au bon endroit, et voilà qui est entendu ; pourquoi, même, percuter ? Encore, faudrait-il, du moins, que ce « coup d'oreille », fût bien appliqué, au bon endroit ! Mais où donc est ce bon endroit ? L'oreille, rapidement posée sous la clavicule, recueillera évidemment les signes de souffrance du sommet, qui, en avant, déborde de deux ou trois centimètres au moins le bord supérieur de cet os !

Et, voilà comment, avec une technique inexpérimentée, avec des notions séméiologiques fausses, on prétend arriver à poser un diagnostic exact, défiant toutes les contradictions, redressant toutes les erreurs de ces « officiels » qui s'imaginent « en savoir davantage », et n'ont que du parti-pris ou des théories caduques ! Plus on ignore, moins on doute !

La guerre a permis au corps médical de recueillir cette première catégorie d'observations, ne faisant, en cela, que confirmer une notion déjà bien établie. Heureusement, elle lui a fourni, en compensation de cette pénible constatation, une inépuisable documentation, grâce à laquelle il a pu et pourra redresser quelques erreurs, considérées jusque-là comme des vérités intangibles, compléter ses connaissances tech-

niques et séméiologiques, accroître son domaine scientifique.

Ces deux ordres d'enseignements, tirés de la guerre par la médecine, constituent la trame de cet article pour ce qui est du diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

***

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est très simple ou très difficile. Il est très simple quand la maladie suffisamment avancée ou accentuée, se traduit par un ensemble de signes physiques, fonctionnels et généraux, qui s'ajoutant à la constatation du bacille de Koch dans l'expectoration, ne laissent place à aucune hésitation. De ces cas-là, je ne dirai rien. Je n'envisagerai que les cas dans lesquels les symptômes sont peu nombreux, peu tranchés et d'interprétation discutable. Ici le diagnostic est loin d'avoir cette précision, d'emblée irréfutable, que tant d'esprits trop simplistes s'imaginent encore lui appartenir en propre. Le « coup d'oreille » ne suffit plus, si bien donné, si bien placé soit-il. Heureusement le clinicien dispose d'autres moyens ; l'auscultation, la percussion si importantes et si respectables qu'elles soient ne comblent plus ses exigences ; il sait que la radioscopie et la radiographie, bien des fois, lui permettront de localiser une lésion que des symptômes fonctionnels et généraux lui auront fait soupçonner, mais que son oreille, pourtant entraînée, n'aura pu déceler.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens de procédés d'exploration de l'appareil respiratoire.

Ceci est une banalité pour tous ceux qui ont la plus élémentaire notion de la phtisiologie moderne. Cette banalité n'est, d'ailleurs, dans l'espèce, que l'adaptation, à un cas particulier, d'une loi générale ; il n'y a pas en pathologie médicale un seul symptôme véritablement pathognomonique; un symptôme n'a que la valeur d'un indice révélateur ; pour poser un diagnostic, il faut la réunion de plusieurs symptômes dont le faisceau constitue une présomption d'autant plus forte qu'il est plus serré et plus touffu ; encore la certitude clinique n'existe-t-elle point, un diagnostic ne peut être qu'une approximation ; tous nos efforts doivent tendre à rendre cette approximation aussi voisine que possible de la certitude ; pour ce faire, il nous faut une technique sûre et une séméiologie impeccable, deux conditions qui ne peuvent procéder que d'une instruction solide, complétée par une expérience personnelle suffisante et bien réglée.

***

Rien n'est plus délicat, ni plus difficile, dans les conditions actuelles d'observation, que de faire, dans le lot des sujets soumis à l'expertise médicale comme « suspects » de tuberculose, la distinction entre ceux qui sont tuberculeux et ceux qui ne le sont pas Il faut, pour bien juger, une habitude éclairée des méthodes d'examen et une connaissance approfondie des multiples variétés que peut revêtir la tuberculose pulmonaire autant que des innombrables états morbides qui peuvent la simuler.

Je n'hésite pas à affirmer que, pour cette catégorie de malades, à allure suspecte — je ne parle pas, je le répète, des phtisiques avérés — il faut n'avoir aucune notion des erreurs qu'on peut commettre, pour prétendre à faire un diagnostic séance tenante, sur le siège, après un simple examen stéthoscopique, précédé ou suivi d'un interrogatoire plus ou moins hâtif. Je pose en principe que le diagnostic ne peut être établi qu'à la suite d'une observation complète, assez longue, pour que la valeur des signes généraux et fonctionnels soit convenablement notée, pour que l'examen de l'expectoration soit plusieurs fois renouvelé, pour que la recherche des signes physiques, tant stéthoscopiques que radioscopiques, soit précisée et probante.

Aussi bien, ne puis-je arriver à comprendre qu'un sujet ainsi observé, étudié, étiqueté, puisse voir la proposition dont il est l'objet de la part du médecin spécialiste du centre d'observation ou de triage, cassée, modifiée, transformée par une commission qui, en quelques instants, d'un simple « coup d'oreille », a légalement le droit de juger souverainement !

Cela est incompréhensible ; il faut le dire et le répéter, dans l'intérêt de tous et pour la sauvegarde même du bon renom du corps médical. Cela est la cause même de l'encombrement des hôpitaux et, particulièrement des centres spéciaux, par des sujets dont le diagnostic, dûment établi, n'a pas été sanctionné et qui, pendant des mois, font le tour de diverses formations sanitaires et finissent par revenir dans celle qui, la première, les avait jugés et reconnus malades.

Cette odyssée du militaire tuberculeux ou supposé tel est lamentable ; elle est reproduite en nombreux exemplaires ; *elle ne cessera que le jour où un décret bienfaisant considérera que les propositions établies, en toute science et conscience, à la suite d'une mise en observation dans un centre spécial, auront force de jugement souverain.*

Le médecin traitant

Définition. — Médecin dont la fonction dans l'armée consiste à soigner les malades et à les guérir lorsqu'il le peut.

Rôle. — Quoique simple aide-major en général, il est souvent investi d'une charge considérable et sa responsabilité est grande.

Petite Correspondance (Suite)

—

Réponse. — Aux termes de la loi du 31 juillet 1917, cesseront d'être perçus à partir du 1er janvier 1918 les principaux des contributions personnelle-mobilière, des portes et fenêtres et des patentes, ainsi que les centimes additionnels, calculés sur ces principaux au profit de l'Etat ».

Mais les centimes départementaux et communaux portant sur ces anciennes « contributions continueront provisoirement d'être établis et perçus d'après les règles précédemment en vigueur ».

En outre, le taux de la contribution foncière des propriétés bâties et des propriétés non bâties est élevé de 4 à 5 pour cent.

D'autre part, aux termes de l'article 88 de la loi du 3 frimaire an VII, les maisons ne sont soumises à la contribution foncière que la troisième année après leur construction.

La contribution des portes et fenêtres ne bénéficie pas de pareille exemption, pas plus que la contribution personnelle-mobilière.

Suite page XXVII.



Sa vie : a l'hôpital. — A : *La visite.* — Sa vie y est entièrement consacrée, elle doit commencer à l'heure réglementaire. Dès qu'il apparaît, l'infirmier-major lui présente un superbe sarreau, l'ayant d'abord salué militairement.

L'infirmière diplômée, tout de blanc vêtue, assiste avec intérêt à l'examen des malades et prend des notes sur un minuscule carnet, si le cas clinique en vaut la peine. Un scribe transcrit les prescriptions magistrales sur le cahier ; le sulfate de soude côtoie amoureusement l'huile de ricin ; la teinture d'iode, les ventouses et la potion calmante se répètent à satiété. Le pauvre toubib écoute d'une oreille distraite les récits plus ou moins véridiques « des bourreurs de crâne » avec leurs « *peurésies* », leurs « *bronchiques* », mais il s'attarde longuement près de ceux véritablement atteints. Le tour de la salle effectué, la minute la plus délicate arrive alors. Le médecin traitant doit apporter toute son attention au calcul des grands et petits régimes et à la rédaction des Bons de Pharmacie.

B. *La contre-visite* est obligatoire et doit militairement s'effectuer à cinq heures ; elle s'accomplit avec le même cérémonial que la matinée.

C. *Rôle extramédical.* — La partie professionnelle est non seulement la plus sérieuse mais la plus instructive, et cependant le vrai rôle du médecin dans l'armée n'est pas là. Ce qui le fera apprécier plus ou moins favorablement, qui lui permettra d'être bien noté, ce sera sa fonction extra-médicale.

Chacun de nous connaît l'action bienfaisante des étiquettes coloriées répandues à profusion dans les salles. Dans un régime démocratique, combien il est doux de voir constamment scintiller à vos yeux les mots « Défense de fumer, défense de cracher par terre, défense de sortir sans l'autorisation de M. le médecin-chef, défense de s'étendre sur les lits, défense......... »

Surtout, que le médecin traitant pense à la chasse aux toiles d'araignées, aux petits bouts de papier, aux « mégots ». Gare à lui si quelque débris alimentaire se cache honteusement derrière le pied d'un lit.

En homme soucieux de l'hygiène générale, il doit s'attarder chaque jour aux lieux communs ; s'assurer que le chlorure de chaux y a été répandu à profusion. Rôle ingrat certes, délicat, mais dont son avenir dépend.

La tenue des malades, autorisés à se lever, ne doit pas le laisser indifférent, l'absence du moindre bouton, la réparation du plus petit accroc doivent être signalés par lui. Il est responsable de la coupe des cheveux, si difficile à obtenir. C'est la lutte entre lui et le malade qui songe à la permission et à son arrivée près de la payse avec la tête presque rasée.

D. *Son bureau* ne présente pas l'ampleur, ni la magnificence du bureau du médecin chef : il est caché à l'extrémité d'une de ses salles ; point de belle pancarte à la porte. Une table, un encrier, et un porte-manteau ; c'est en ce lieu que le médecin traitant résume toute sa besogne matinale et qu'il se met en rapport par l'intermédiaire des notes de service avec les différents rouages de l'hôpital ou de l'ambulance immobilisée.

E. *La garde* est assurée par le médecin traitant, il en a le triste privilège. Dans la zone des armées, peu importe, mais à l'intérieur ce ne doit pas être sans amertume que le toubib abandonne même pour une nuit le lit matrimonial. La garde consiste à errer dans les salles, à fumer beaucoup de cigarettes et à s'ennuyer énormément ; *mais la guerre a-t-elle été* déchaînée pour plaire ?

Ses rapports. — 1° *Avec M. le médecin-inspecteur !* — Plutôt rares, le médecin traitant n'étant qu'un officier subalterne. Lors de ses visites, M. le médecin-inspecteur s'attarde à vérifier l'exécution des règles d'hygiène générale, la bonne tenue des salles, des cahiers de visite. Le médecin traitant, s'il est prévenu à l'avance doit surveiller le moindre coin, le moindre placard et ne pas oublier de se pencher pour regarder sous les lits. La plus petite faute est l'objet d'un long rapport dès le lendemain.

2° *Avec M. le médecin-chef.* — Le médecin traitant est le collaborateur immédiat du médecin-chef.

Il doit fournir au bureau du médecin-chef un petit rapport journalier où sont inscrits les malades graves, les noms des guéris pouvant partir avec ou sans permission, de ceux qui doivent être évacués. Le médecin traitant doit solliciter la consultation de son médecin-chef lorsqu'il se trouve en présence d'une affection sérieuse, mettant la vie du malade en danger. Le médecin-chef propose quelquefois le médecin traitant pour l'assister près d'une commission de convalescence ; c'est un honneur qu'il doit remarquer et tenir en haute considération.

Suivant sa valeur scientifique, et il ne faut pas l'oublier, d'après sa valeur militaire (depuis la manière de se tenir à table jusqu'à sa tenue et sa moralité), le médecin traitant pourra être proposé par son chef pour l'avancement, pour une médaille des Epidémies et même pour l'envoi dans une autre formation plus désagréable, comme un régiment d'infanterie par exemple. Pour le médecin traitant, le médecin-chef est donc le personnage considérable, important, qui décide de sa situation militaire et de son avenir.

3° *Avec les autres médecins traitants.* — Presque omnipotent dans son service, il n'entend pas que ses confrères viennent d'un œil plus ou moins malicieux examiner ce qui se passe dans ses salles. Jaloux de ses droits, de sa décision médicale, il n'aime pas que l'on s'intéresse à son diagnostic, et à sa savante thérapeutique. Puis, pourquoi ne pas l'avouer ? les médecins sont des médisants et de mauvaises langues. Croyant posséder une science supérieure à celle de leurs collègues, ils n'oublient pas de relever le moindre détail et n'excusent point davantage la plus petite erreur. L'invidia medicorum a existé de tous temps.

4° *Ses rapports avec le pharmacien.* — Excellents en général, surtout lorsque le potard offre à titre d'apéritif le quinquina si savamment préparé. Les quelques difficultés qui surgissent ne proviennent la plupart du temps que de l'exécution plus ou moins rapide des bons de pharmacie, et de l'impossibilité pour le pharmacien de se procurer à la réserve des médicaments les produits parcimonieusement prescrits.

5° *Ses rapports avec le gestionnaire.* — Le gestionnaire étant un bon partenaire au bridge il lui est beaucoup pardonné. S'il est notaire ou avoué, il devient même l'ami véritable qui donne des conseils gratuits et souvent fort utiles. Ces deux officiers doivent s'entendre pour les régimes alimentaires, les vêtements à distribuer aux malades, la répartition des infirmiers. Une des fonctions du gestionnaire les plus appréciés du médecin traitant est celle qui consiste à toucher et à lui payer son mandat de solde. Heureux moment entre tous qui permet au popotier de ravitailler sa cave à vins et à liqueurs et de composer des menus plus abondants et plus variés.

6° *Avec le personnel hospitalier.* — Le médecin traitant jeune aide-major est souvent célibataire. On cite que beaucoup d'entre eux, au cours de leur vie d'hôpital, ne sont pas restés insensibles aux charmes de leurs infirmières ; devenus éperdument amoureux l'un et l'autre, ils se sont épousés. La loi de l'opposition des sexes le voulait ainsi.

Sa vie a l'ambulance. — Ne présente rien de particulier : s'il a deux galons, il est à la gauche ou en face du médecin-chef à table. Il jouit d'une légère supériorité hiérarchique sur le pauvre médecin traitant à un galon, mais il n'en abuse jamais. Il peut devenir médecin-chef intérimaire pendant les permissions et les mutations du véritable médecin-chef.

En ces courts moments, il exerce souverainement son pouvoir temporaire ; il est l'objet de nombreuses sollicitations de la part de ses camarades, obtention d'une petite liberté, d'une permission à titre exceptionnel, mais il est inflexible la plupart du temps, ayant alors et subitement la notion des responsabilités. En général il se promène à pied, mais si ses relations avec le médecin-chef sont amicales, il peut obtenir de monter quelques fois la rossinante de ce dernier.

Les rapports avec les civils sont peu variés dans la zone de l'avant, mais à mesure qu'il recule et se dirige vers l'intérieur, il se crée des relations dans l'élément civil. Il devient vite le médecin familial ; il reprend la clientèle au grand désespoir des confrères mobilisés de l'endroit et de ceux qui se trouvent sur la ligne de feu.

Son ambition est de devenir à *titre définitif*, s'il est à titre temporaire, et d'être nommé ensuite médecin-chef à trois galons. C'est une situation fort enviée dans la vie médicale militaire.

Songez qu'il aura alors les droits et prérogatives d'un chef de corps. Le médecin traitant a rarement la légion d'honneur, sauf s'il a été grièvement atteint par une bombe d'avion. Cette distinction est surtout réservée à ceux du front et cela se comprend.

Son avenir. Son rôle dans l'armée. — Etant presque toujours de la réserve, le médecin traitant désire surtout rentrer dans ses foyers près de sa famille, près de ses clients, mais après la paix victorieuse. Il joue cependant fort honorablement sa partie dans le terrible concert guerrier que nous vivons. Il se dévoue avec générosité aux malades qui, d'ailleurs, lui en gardent souvent une très grande reconnaissance. Il a la notion exacte de la grosse responsabilité qui pèse sur ses épaules, responsabilité toute morale il faut bien le dire, mais qui n'en existe que davantage.

Travailleur en général, il sait qu'il doit se tenir scrupuleusement au courant des nouveaux progrès thérapeutiques réalisés dans les différentes branches de la pathologie médicale.

Le médecin est heureux d'accomplir humblement et noblement son devoir. Il joue un rôle considérable dans la conservation des effectifs. Il fait partie d'un des rouages les plus indispensables dans une guerre de longue durée.

Saluons donc cette humble figure du médecin traitant. Pour lui, peu d'avancement, peu de décorations, peu d'honneur, ce qui ne l'empêche pas d'être un ardent patriote et un semeur d'idées saines. Le médecin aide-major a toujours conservé dans cette guerre une haute tenue morale et il continue à faire honneur à notre profession si décriée.

Raimond Béranger,
Aide-major de 1re classe,
Chef d'équipe chirurgicale.



Le médecin de Corps de troupe

Tel est le titre d'un nouveau groupement professionnel, en voie de formation, que nous sommes priés d'annoncer, avec les documents à l'appui.

Notre maison est, par définition même, trop le fruit de l'*Associati on* pour que nous ne déférions pas très volontiers au désir qui nous est exprimé.

Nous nous permettons seulement de mettre nos jeunes confrères en garde contre un écueil qui nous paraît, en germe tout au moins, dans une phrase de la circulaire.

Nous approuvons pleinement un groupement *de défense* professionnelle ; nous serions, par contre, opposés à un groupement *d'attaque* qui, s'inspirant des lieux mêmes où il aura vu le jour, tendrait à creuser des tranchées profondes entre certaines fractions du Corps médical lequel, après la guerre, n'aura pas trop de *toutes ses forces réunies*, pour lutter contre des dangers extérieurs qui nous apparaissent autrement menaçants que les rivalités professionnelles que nos correspondants paraissent redouter. N. D. L. D.

***

Circulaire

Chers camarades,

Pour la première fois depuis le début de la guerre, les étudiants en médecine jusqu'ici séparés par leurs devoirs, se trouvent réunis dans les cours de perfectionnement qui viennent d'être institués dans la plupart des armées.

Un certain nombre de stagiaires du Centre d'instruction de la IIe armée ont pensé que le moment était bien choisi pour réaliser une idée maintes fois suggérée par beaucoup de camarades : celle de réunir en un groupement amical et confraternel les jeunes étudiants, les médecins de tout âge du *cadre de complément*, qui font depuis le début de la guerre leurs preuves de patriotisme et de dévouement sur le vrai front.

Le groupement que nous voulons fonder sous le titre « Le médecin de Corps de troupe » répond à un besoin qui s'est fait sentir bien souvent à tous ceux qui, arrachés à leur foyer, à la grande famille des Facultés et des services hospitaliers, ont dû remplir les dures fonctions de non combattant, vivant de la vie même de ceux qui combattent et qui se sacrifient.

Un trop grand nombre d'entre eux, hélas, sont tombés glorieusement au champ d'honneur, une autre part, cruellement éprouvée, allonge la liste des mutilés de guerre. C'est pour perpétuer la mémoire des premiers, pour aider les seconds, pour permettre enfin à ceux qui restent valides de s'entraider mutuellement, que nous avons résolu de grouper toutes les énergies pour en former un faisceau puissant.

Pendant la guerre, notre rôle sera très effacé, puisque nous sommes encore des soldats au service de la Patrie ; mais après, à l'heure où se poseront tant de problèmes complexes dans la vie sociale, quand chacun reprendra ses occupations d'avant-guerre, c'est alors qu'il importera d'être unis afin que ceux qui ont souffert et risqué ne soient pas délaissés au profit de ceux qui, plus heureux, auront continué leurs études ou poursuivi leur carrière loin du front.

Les champs seront immenses qui seront ouverts à notre activité : examens de Facultés, concours des hôpitaux, rapports confraternels, défense des intérêts dans la vie sociale, etc... A ce moment, comme toujours, les isolés seront perdus, seuls les groupes vigoureux, formés d'éléments sains, auront une action.

C'est pourquoi, nous vous prions de lire attentivement notre projet, de le communiquer à tous les camarades qu'il peut intéresser, de vous faire, non seulement notre adhérent, mais aussi notre collaborateur, en recueillant des adhésions et en nous transmettant vos idées qui seront toujours les bienvenues.

Dans l'espoir d'une prochaine réponse, nous vous prions d'accepter l'assurance de nos sentiments les plus cordiaux.

Prière d'adresser toutes les demandes de renseignements et les adhésions à Monsieur Louis Leroux, interne provisoire, 18, rue de Grenoble, Paris.

***

But de groupement

Le groupement a pour but :

1° *D'établir des relations suivies de confraternité* entre les médecins et étudiants en médecine qui ont vécu pendant longtemps la dure vie du médecin de corps de troupe.

2° De provoquer des échanges d'idées entre ces étudiants et ces médecins — qui ont particulièrement souffert de la guerre dans leurs études et leurs intérêts — et de les *préparer ainsi à défendre efficacement dans l'après-guerre leurs droits corporatifs et professionnels.*

Conditions d'Admission

Pourront faire partie de ce groupement :

Les Médecins-Majors, Aides-Majors, Sous-Aides-Majors, et auxiliaires du cadre de complément, comptant trois ans de présence effective dans une des unités combattantes de la Zone des Armées (telles qu'elles ont été désignées par la loi Mourier) en qualité de médecin, d'infirmier, de brancardier, ou de combattant.

Pour le calcul du temps passé dans les unités combattantes, compteront double : les mois de présence dans un bataillon de chasseurs ou dans un bataillon d'infanterie active ou de réserve des troupes métropolitaines et coloniales.

Le séjour dans un hôpital de la zone des Armées ou de l'intérieur, et en convalescence à la

suite d'une blessure de guerre ou d'une maladie contractée dans une des unités combattantes de la zone des Armées, comptera comme séjour dans une unité combattante de la zone des Armées. Il en sera de même du temps passé en captivité.

Ces conditions d'admission sont des conditions minima. Tous les ans, à la date anniversaire de la fondation du groupement, elles pourront être revisées et la durée du séjour dans les unités combattantes de la zone des Armées exigé des nouveaux adhérents éventuels, pourra être augmentée. Elle ne sera en aucun cas diminuée.

A la cessation des hostilités, il sera statué sur les conditions d'admissibilité des camarades mutilés et réformés.

BULLETIN d'ADHÉSION

Pour la Fondation d'un Groupement

« LE MÉDECIN DE CORPS DE TROUPE »

Nom ....

Prénoms ....

Date de Naissance ....

Grade ....

Adresse militaire actuelle ....

....

Adresse Civile : (1) ....

....

Faculté d'Origine : ....

Titres Universitaires : ....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Facultatifs)

1° — *Divers postes occupés pendant la guerre* (avec dates) ....

....

2° — *Blessures, Citations, Décorations*

....

Le soussigné déclare satisfaire aux conditions d'admission de la circulaire préliminaire du 12 *Janvier* 1918 *dont il a pris connaissance.*

Le 1918

Signer lisiblement :

Prière de renvoyer ce bulletin signé et daté à M. Louis Leroux, interne prov., 18, rue de Grenelle, Paris, VIIe.

(1) Destinée à permettre la correspondance après la guerre.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

17539. — M. le lieutenant-colonel Girod, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° pourquoi certains étudiants en médecine à douze inscriptions ont-ils été nommés aides-majors dès le début, alors que d'autres attendent encore, avec les mêmes titres, leur nomination ; 2° pourquoi les étudiants à huit inscriptions ayant tous la faculté d'être nommés sous-aides-majors, conserve-t-on au grade inférieur de médecin auxiliaire des étudiants pourvus de douze inscriptions et davantage. (*Question du 18 septembre* 1917.)

Réponse. — Du 2 août 1914 au 13 décembre 1914, seuls les docteurs en médecine pouvaient être nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe. L'instruction du 13 décembre 1914 a décidé que les étudiants en médecine mobilisés ayant au moins douze inscriptions de doctorat, pourraient être nommés au grade d'aide-major, mais à la condition d'être internes titulaires des hôpitaux d'une ville de faculté et d'avoir exercé l'internat pendant un an au moins avant leur incorporation. L'instruction du 28 octobre 1915, modifiée par celle du 25 décembre 1915, tout en maintenant la condition restrictive ci-dessus, a élargi le recrutement des aides-majors en permettant de conférer ce grade aux étudiants titulaires de douze inscriptions au moins, mais ayant servi six mois au front et obtenu une citation à l'ordre. Ces règles sont restées en vigueur jusqu'au 18 janvier 1917, date à laquelle une nouvelle instruction *Journal Officiel* du 22 janvier 1917), supprimant l'obligation de la citation à l'ordre, a autorisé, dans la limite des emplois disponibles, la nomination au grade d'aide-major de 2e classe des étudiants titulaires de douze inscriptions, qui réunissaient, d'autre part, les conditions de scolarité et de services énumérées aux paragraphes 6 et 7 de ladite instruction ; 2° depuis le mois de juin 1917, après entente entre le sous-secrétaire d'Etat du service de santé et le général commandant en chef, tous les étudiants à douze inscriptions, réunissant les conditions ci-dessus, peuvent être nommés au grade d'aide-major sans limitation d'emplois disponibles, et l'on peut prévoir que dans un prochain délai ils auront tous reçu satisfaction. (*J. O.*, 24 octobre 1917.)

17589. — M. Ossola, député, demande à M. le ministre de la guerre qu'une circulaire du G. Q. G. du 24 juin 1917, relative aux permissions

ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

agricoles, précise que par « agriculteurs il faut entendre les cultivateurs, maraîchers, viticulteurs, qu'ils soient ouvriers, fermiers, métayers ou propriétaires exploitants » ; qu'une autre note du G. Q. G. du 16 juillet 1917, qui étend expressément le droit à la permission agricole aux officiers de complément ajoute : « sous la condition que ces officiers justifieront par le certificat prévu dans la circulaire susvisée de leur qualité d'agriculteurs, propriétaires cultivant eux-mêmes », ajoutant qu'il y a un grand intérêt à ce que le ministre ordonne une unité d'interprétation correspondant au but poursuivi, qui est évidemment de conservation et de connaissance agricoles. (*Question du* 18 *septembre* 1917).

Réponse. — La note du 16 juillet n'a pas eu pour objet de restreindre, en ce qui concerne les officiers, les catégories de bénéficiaires des permissions agricoles. Ces permissions sont accordées aux officiers de complément des classes 1896 et plus anciennes, ouvriers agricoles, fermiers ou métayers, comme aux officiers de complément propriétaires, dans les conditions de la circulaire du 24 juin. Les dispositions de la note du 16 juillet ont eu uniquement pour but de préciser que les agriculteurs exploitant eux-mêmes avaient seuls droit à une permission agricole, à l'exclusion des propriétaires se bornant à retirer un bénéfice des terres qu'ils font cultiver ou qu'ils ont affermées à autrui. (*J. O.* 26 septembre 1917).

17677. — M. Dejeante, député, demande à M. le ministre de la guerre, si des dispositions ont été prises pour : 1° répartir les médecins mobilisés suivant leur âge, en affectant au front ceux de vingt à 32 ans, à l'arrière ceux de trente-deux à quarante-deux ans, et à l'intérieur ceux de quarante-deux ans et au-dessus : 2° relever les majors de la classe 1891, après vingt-sept mois de front : 3° considérer le traitement de la tuberculose comme une spécialité au même titre que les affections de l'oreille, de la gorge, etc. (*Question du* 19 *septembre* 1917.)

Réponse. — 1° Le général commandant en chef répartit les médecins entre les corps de troupe et les diverses formations sanitaires de l'avant et de l'arrière en tenant compte de l'âge et des aptitudes de ces officiers. Aucune limite d'âge ne peut cependant être fixée, le commandement étant seul juge des nécessités du service ; 2° la relève des officiers du service de santé de la classe 1891 ne pourra être envisagée qu'après la relève, actuellement en cours, des officiers appartenant à la classe 1890 ; 3° le traitement de la tuberculose est considéré comme une spécialité. Les médecins désignés pour les hôpitaux sanitaires sont choisis autant que possible parmi ceux qui, par leurs études, leurs travaux, ou leurs fonctions antérieures sont déjà spécialisés dans le traitement de la tuberculose. (*J. O.*, 26 octobre 1917).

C. M. n° 2818 1/7 du 27 janvier 1918.

Je vous prie de m'adresser, en ce qui concerne les officiers du Service de Santé, le travail préparatoire portant prévision à la retraite d'office (active) et radiation des cadres (complément) jusqu'au 1er juillet 1918 à établir en exécution des notes circulaires des 23 janvier 1918, n° 833 D. et 24 janvier 1918, n° 895 D.

Ce travail préparatoire devra comprendre :

1° *Pour l'armée active :*

Les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de Santé qui auront atteint, d'ici le 1er juillet prochain, les âges suivants :

Médecins et Pharmaciens	Inspecteurs..........	60 ans
	Principaux de 1re cl...	58 »
	Principaux de 2e cl....	56 »
	Majors de 1re classe...	53 »
	Majors de 2e classe....	50 »
Officiers d'administration principaux.		57 »
»	1re classe....	55 »
»	2e et 3e classe.	53 »

et réunissant à ces âges 30 ans de service.

2° *Pour le cadre de complément :*

Les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de Santé de la réserve et de l'armée territoriale qui, dans la même période, auront dépassé de 5 années les âges indiqués ci-dessus comme correspondant à leur grade. Les éliminations devant se faire en trois phases, le travail préparatoire demandé ci-dessus sera accompagné des premières propositions soit de maintien à titre exceptionnel, soit de mise à la retraite d'office (active) ou de radiation des cadres (complément), avec avis des chefs hiérarchiques.

Le second état de propositions devra parvenir le 15 avril et le dernier le 15 juillet 1918.

Ultérieurement et automatiquement vous aurez à me faire parvenir, le 15 octobre, le 15 janvier, etc..., les propositions concernant les officiers touchés au cours du trimestre précédent par les dispositions des circulaires sus-visées.

Les officiers engagés ou réintégrés pour la durée de la guerre feront l'objet d'une mention spéciale.

Signé : Justin GODART.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel (1).

(*Suite et fin*)).

CHAPITRE III.

Les forces ténébreuses agissantes.

Une autre enquête serait aussi nécessaire sur un autre procédé employé par les gros fournisseurs des Armées.

Le journal *l'Humanité* du 10 décembre 1916 le décrit en publiant le fait suivant qui va singulièrement nous éclairer sur les véritables causes de la mesure prise contre les accidentés du travail affectés aux usines, le voici :

« *Il y avait au Havre, dans une grande usine,* « *un Secrétaire du médecin militaire attaché à cet* « *atelier, qui pressait les victimes d'accident à* « *reprendre leur travail avant la guérison de leurs* « *plaies. On découvrit que le Secrétaire militaire* « *était, dans le civil, un agent de la Compagnie* « *d'assurance qui assurait l'usine où il était......* « *affecté comme Secrétaire du médecin militaire* ».

Or, au cabinet du Directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris, qui a pris en décembre 1916 des mesures illégales contre le libre choix du médecin par les accidentés du travail en sursis d'appel, il y a, en qualité de Secrétaire du médecin Directeur, un médecin à 4 galons, qui, avant la mobilisation était médecin de Compagnie d'assurance, et qui continue à aller visiter *en tenue de médecin à 4 galons*, les accidentés du travail, mobilisés ou non, pour le compte d'une Compagnie d'assurance (2 ouvriers blessés nous l'ont déclaré). Il est donc toujours médecin de Compagnie d'assurance, quoique médecin militaire.

Ce médecin qui, dans le civil, est affilié à une Compagnie d'assurance, et qui, depuis la mobilisation, remplit les fonctions de Secrétaire du Directeur du Service de Santé, est-il étranger à la création d'un système aussi favorable aux intérêts financiers des assureurs, et s'est-il abstenu près de son chef de toute suggestion ayant abouti à l'envoi des accidentés du Travail dans les hôpitaux militaires ?

Nous ne nous permettrons pas de rien affirmer à cet égard.

Mais, rapprochées de ce qui a été découvert au Havre, les coïncidences que nous venons de signaler sont pour le moins très impressionnantes.

Il serait intéressant aussi de savoir si le médecin de l'Arsenal de T., qui (on nous l'a écrit) depuis novembre 1916, détourne du cabinet d'un médecin non mobilisé les accidentés du travail, pour les envoyer à un oculiste mobilisé, n'était pas avant la mobilisation un médecin de Compagnie d'assurance, et si l'oculiste mobilisé auquel on envoie ces blessés n'était pas aussi un médecin d'Assurance.

Très intéressant aussi de savoir s'il n'y pas, dans les Directions militaires à Bordeaux, des anciens agents de Compagnies d'assurances, comme au Havre, ou d'anciens médecins d'Assurance. Car dans la 18e Région on veut obliger les organisations militaires à soigner les accidentés du travail civils. C'est toujours autant de bénéfices pour les assureurs et les fournisseurs de l'Armée.

C'est ainsi que cela se passait en octobre 1916 à Marseille, malgré les circulaires du Ministre qui défendent aux médecins militaires de délivrer des certificats civils et de faire de la médecine rétribuée, et où le Tribunal civil de Marseille, comme celui de la Seine, du reste, désigne comme expert un médecin militaire qui se fait payer 100 fr. ses expertises et délivre des rapports au Tribunal !

Il y a, semble-t-il, désobéissance de la part du médecin militaire, et conflit regrettable entre le Président du Tribunal et le Ministre de la Guerre. C'est ainsi que se passaient les choses en novembre 1916, à Marseille, et qu'elles se passent à Paris depuis le début de la guerre, malgré toutes les circulaires.

Sanctions nécessaires.

Sans doute il suffira à la Commission parlementaire d'hygiène de signaler ces faits, pour que soient rapportés les ordres du Directeur du Service de Santé, si favorables à certains intérêts financiers.

Mais ces abus ont commencé dès le 25 décembre 1916, et avant que l'autorité compétente ait examiné la question et donné des ordres pour les faire cesser, il s'écoulera encore un un long délai.

C'est donc pendant de longs mois qu'aura eu lieu ce gaspillage des finances de l'Etat au bénéfice d'entreprises de spéculations insatiables.

En admettant même que les ordres du Ministre soient écoutés, les bénéficiaires des abus ne manqueront pas de se dire :

(1) Voir *Concours médical*, 1917 : nos 23 et 24 ; — 1918 : nos 1, 2, et 3.

« A trouver d'ingénieux moyens pour exploiter le budget, que risquons-nous ? si nos procédés sont éventés, au moins nous en avons bénéficié pendant longtemps et comme aucun châtiment ne nous est jamais infligé, nous essayerons d'un autre système. Il durera ce qu'il pourra c'est toujours de l'argent mis en poche. En persistant dans ce système, nous avons tout à gagner et rien à perdre ».

Et sous une autre forme, les mêmes abus renaîtront.

L'exposé des faits qui précèdent prouve clairement que des circulaires, des ordres ministériels même ne suffisent plus.

Il faut donc que ces ordres soient appuyés par des sanctions exemplaires.

Le bon ordre, la discipline peuvent-ils rester dans l'armée et la nation, si de hauts fonctionnaires, des chefs militaires, peuvent se refuser à exécuter les ordres des Ministres, sous le prétexte que ces ordres déplaisent à certaines puissances financières, sympathiques aux grands chefs.

Conclusions.

Les délégués :

des Syndicats ouvriers,
du Syndicat de médecine sociale,
du « Sou médical »,
du Syndicat des médecins de la Seine,

demandent :

1° Que soient immédiatement rapportés les ordres du Directeur du Service de Santé, du 25 ou 27 décembre 1916 en exécution desquels on a interné, dans les infirmeries ou hôpitaux militaires, des accidentés du travail en sursis d'appel, bien qu'ils soient exclusivement régis par la loi de 1898.

2° Que des dommages-intérêts soient accordés aux médecins civils qui ont été privés de la clientèle des accidentés du travail en sursis d'appel.

3° Qu'une enquête soit ouverte afin de rechercher s'il y a dans les usines ou les directions des Services de Santé des officiers qui en temps de paix étaient employés comme médecins ou agents de compagnie d'assurances.

4° Que les médecins ou officiers de cette catégorie soient éloignés des usines où travaillent des ouvriers en sursis d'appel, ainsi que des bureaux des administrations militaires où peuvent s'élaborer des ordres relatifs aux hommes travaillant dans les usines de guerre.

5° Que *des sanctions soient prises contre les soldats ou officiers de tous grades qui* entravent le libre choix du médecin par les accidentés de travail en sursis d'appel.

5° Que *des sanctions sévères soient prises contre les médecins mobilisés qui vont, à la solde des Compagnies, et en tenue d'officier*, faire le contrôle des blessés, soit au domicile de ces derniers, soit au siège des Compagnies d'assurances, de chemins de fer, ou autres entreprises.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Patente. Maisons de santé.

CONSEIL D'ETAT.

Section du contentieux.

9 *février* 1917.

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux (Section spéciale du Contentieux, 3e sous-section).

Vu la requête présentée par le sieur A. demeurant à Marseille, tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté, en date du 23 janvier 1914, par lequel le Conseil de préfecture des Bouches-du-Rhône a rejeté sa demande en réduction de la contribution des patentes à laquelle il a été imposé pour l'année 1912, sur le rôle de la ville de Marseille en qualité de médecin (tableau D).

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur A. qui exerce à Marseille, boulevard X. la profession de médecin, possède, chemin de .... un établissement dans lequel il reçoit des pensionnaires qui y sont nourris et logés moyennant une rémunération et auxquels il donne les soins médicaux que réclame leur état ; que, dans ces conditions, ledit établissement a le caractère d'une maison particulière de santé, et que, par suite, c'est à tort que le requérant a été assujetti en ce qui le concerne, au droit proportionnel du 1/12e afférent à la profession de médecin.

Décide :

ARTICLE 1er. — L'arrêté susvisé du Conseil de préfecture du département des Bouches-du-Rhône, en date du 23 janvier 1914, est annulé.

ARTICLE 2. — Le sieur A. sera imposé à la contribution des patentes, en ce qui concerne l'établissement du chemin de..., pour l'année 1912, sur le rôle de la ville de Marseille en qualité de tenant une maison particulière de santé (tableau C)

ARTICLE 3. — Il est accordé au sieur A. décharge de la différence entre les droits auxquels il avait été primitivement imposé et ceux dont il reste passible, en vertu de la présente décision.

ARTICLE 4. — Les frais de timbre exposés par le requérant et s'élevant à 5 fr. 40 lui seront remboursés.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Décoration

Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au grade de Chevalier de la Légion d'honneur du Dr L. Janin, de Paris, dont nous avons publié dans notre numéro du 1er novembre les trois belles citations successives à l'ordre du régiment (Reims 1915), de la brigade (Verdun 1916), et de l'armée (Verdun 1917).

Citations

A l'ordre de la Direction du Service de Santé de l'armée

Bertier (Louis-Jean-Marie), médecin-major de 2e classe :

« Médecin de haute valeur morale et profes« sionnelle. S'est toujours dépensé sans compter « auprès de ses blessés, a constamment assuré « son service dans des conditions souvent dif« ficiles et dangereuses notamment pendant les « bombardements par avions à Dugny les 2 et « 3 septembre, et pendant l'offensive de l'Aisne « en octobre 1917 ».

A l'ordre de la Division

Ferran (Côme), médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance :

« Nommé médecin chef de l'ambulance en « septembre 1916, au cours des opérations sur « la Somme, n'a cessé de faire preuve dans ses « fonctions des plus hautes qualités profession« nelles et morales. A dirigé avec une rare au« torité son ambulance, à proximité des lignes « et dans des conditions particulièrement pé« rilleuses, donnant à tous l'exemple d'un dé« vouement inlassable et du plus grand mépris « du danger ».

A l'ordre de l'artillerie divisionnaire

Le Dr A. Arnoux, médecin aide-major de 1re classe :

« A toujours fait preuve de beaucoup de dé« vouement et d'abnégation, accompagnant lui« même les ravitaillements de nuit, très exposés « lors de l'offensive de l'Aisne d'octobre 1917. « Au cours d'un bombardement du cantonne« ment, s'est porté de suite au secours d'hom« mes étrangers à la formation dont plusieurs « venaient d'être tués et d'autres grièvement « blessés ».

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Petite Correspondance (Suite)

M. S. à *Concours*. — J'ai recours à votre obligeance pour vous demander le renseignement suivant :

J'ai lu à l'*Officiel* le décret du 12 juillet 1917 (inséré le 17 juillet) concernant certaines dispenses aux étudiants, que leur présence sous les drapeaux a empêché de poursuivre des études d'enseignement supérieur.

Étant du nombre de ces derniers, je voudrais bien être fixé sur les dispenses qu'on peut m'accorder.

A qui faut-il s'adresser pour avoir des renseignements précis, et à qui faut-il adresser la demande et dans quelle forme ?

Le décret parle d'une Commission chargée de se prononcer sur les cas particuliers. Pouvez-vous me renseigner où siège cette Commission ?

Réponse. — Le décret du 12 juillet 1917 prévoit que des dispenses peuvent être accordées aux étudiants que leur présence sous les drapeaux a empêchés d'entreprendre ou de poursuivre des études d'enseignement supérieur, mais seulement *après leur libération*.

Il ne saurait donc s'appliquer à votre cas.

Cependant, le décret ajoute que ces dispenses peuvent aussi être accordées, à titre exceptionnel, « à d'autres personnes qui en seraient jugées dignes, à raison de leurs études antérieures et des services rendus par elles au pays ».

Quant à la Commission qui doit donner son avis sur ces dispenses, nous ne connaissons pas sa composition. Mais elle doit certainement fonctionner, si elle existe, au Ministère de l'Instruction Publique, et c'est au Ministre qu'il y a lieu de s'adresser pour obtenir les dispenses dont il s'agit.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 5 — 1er MARS 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, directeur
Dr P. BOUDIN, secrétaire général
Drs A. MAURAT, H. CEZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, avocat
J. DUMESNY, avocat, secrétaire de la direction

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
rédacteur en chef
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
secrétaires de la rédaction

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Avis à nos abonnés

Nous prions nos lecteurs qui n'ont pas encore renouvelé leur abonnement *échu*, de réserver bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la poste d'ici quelques jours.

Cette quittance sera majorée de 50 centimes pour frais de recouvrement.

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Poirson, de Passavant (Hte-Saône), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 17. — Femme de médecin désirerait trouver une famille à Paris qui lui louerait une chambre et prendrait en pension son fils âgé de 4 ans.

Docteur Selles, 6, rue Oudinot, Paris.

N° 18. — Docteur libéré de toute obligation militaire prendrait service dans sanatorium ou autre établissement avec fixe.

Suite page XX.

Quarantième année **N° 5** 1er Mars 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Les deux sons de cloches ou l'histoire de ceux à qui la guerre n'a encore rien appris............... 195

Partie Scientifique

Clinique chirurgicale.
Les hémorrhagies en chirurgie de guerre, par M. le professeur Hartmann................................ 196

Revue des Sociétés Savantes.
Le tétanos cérébral — La réglementation des spécialités pharmaceutiques.— Méningocoques et para-méningocoques. — Angines à bacilles courts. — Achlorhydries non néoplasiques. — Addisonisme de guerre. — Hypothermie chez les militaires. — Fièvre intermittente par septicémie méningococcique. — Traitement de l'entérite par la salicaire. — La spirochétose ictéro-hémorrhagique.................................... 202

Héliothérapie.
De la valeur pronostique de la cure solaire dans les affections chirurgicales, par M. le Dr R. Molinéry...................................... 206

Thérapeutique appliquée.
La neurasthénie de guerre. Son traitement........ 209

Bibliographie.
La gangrène gazeuse, par les Drs A. et J. Chalier. — Devoirs et périls biologiques, par le Dr Grasset. 210

Notes de pratique quotidienne.
Les engelures.. 213

Correspondance

La mise en congé sans solde des médecins R. A. T. — Les affectations ne tiennent pas compte de l'âge. — Congés de convalescence et permission de détente. — Les médecins sont mis en congé sans solde. — Chacun à sa place. — A propos des compétences. — Les médecins et la loi Mourier. — Encore un oublié. — L'insigne spécial des médecins de complément. — Ceux qui peuvent parler doivent le faire................................ 214

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Au Sous-Secrétariat du Service de Santé.. 223

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires...... 224

Partie Professionnelle

Législation fiscale.
Les impôts sur les revenus. L'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales. L'impôt général sur le revenu.......................... 227

Jurisprudence médicale.
Accidents du travail.................................. 235

L'automobilisme médical.
Du moteur.. 236

Nécrologie.
Discours prononcé aux obsèques de Monsieur le Professeur Gaucher, par M. Bellencontre....... 237

Le Livre d'Or du Corps médical Français.... 238

Reportage.. 238

PROPOS DU JOUR

Les deux sons de cloches ou l'histoire de ceux à qui la guerre n'a encore rien appris.

L'on nous a raconté les faits suivants :

Une délégation de nos Syndicats médicaux se présenta naguère devant un groupe de parlementaires pour lui faire part de quelques observations touchant notre profession.

« Combien, lui dit un député intelligent, vos Syndicats seraient plus puissants, s'ils ne bornaient pas leur action aux seuls intérêts des médecins, s'ils prenaient davantage souci de l'intérêt public ! »

Plusieurs délégués se récrièrent ; ils démontrèrent aux Parlementaires, avec preuves à l'appui, que l'action syndicale des médecins s'étendait depuis longtemps à tout ce qui avait trait à l'Assistance et à la Santé publiques. Les députés engagèrent chaudement nos syndicalistes à persister dans cette voie.

Peu après, un des membres de la même délégation conversait avec un Haut Fonctionnaire, et lui exposait les desiderata des Syndicats sur l'organisation des dispensaires de prophylaxie sociale.

« Mais de quoi se mêlent vos Syndicats médicaux, interrompit le Haut Fonctionnaire courroucé ? Qu'ils s'occupent de la défense de leurs intérêts professionnels et laissent aux administrateurs le souci de ce qui a trait à l'intérêt public. »

Nous ignorons ce que notre confrère syndicaliste lui répliqua, mais nous savons fort bien ce que nous lui aurions répondu nous-même.

« Monsieur l'Administrateur, lui aurions-nous dit le plus courtoisement possible, vous nous rappelez ce « vieux ci-devant », émigré lors de notre Grande Révolution, qui, revenu après la Restauration, ne pouvait, ni ne voulait comprendre que quelque chose s'était modifié depuis en France ; pour peu, il aurait repris le chemin de l'exil, tant les mœurs nouvelles lui paraissaient insupportables.

« Vous, Messieurs les Administrateurs, vous ne connaissez pas les tristesses de l'exil et nous ne désirons pas du tout vous les faire connaître. Mais votre esprit se modifiera, croyez-nous.

« Quand vous vous donnerez la peine de réfléchir et de considérer le rôle que vous avez joué durant cette guerre, vous frémirez en pensant jusqu'où est allée votre imprévoyance et combien vous avez été au-dessous de votre

tâche, et vous serez les premiers (car vous êtes ou vous vous croyez de bons citoyens), à remédier aux fautes et aux défaillances qui ont conduit la France à deux doigts de sa perte.

« Pour sortir de l'Anarchie Bureaucratique où vous nous avez plongés, il n'y a que deux méthodes :

« *La première*, la méthode boche, consiste à faire de l'individu un esclave de l'Etat et à pousser au maximum l'organisation administrative en en perfectionnant tous les rouages, en les rendant solidaires par une responsabilité réelle et bien établie.

« Ce régime boche, qui suppose chez ceux qui le subissent une abnégation qui n'est pas sans grandeur, ou une passivité qui ravale l'homme à l'état de brute domestiquée, n'est pas de notre goût, à nous autres Français. C'est pour éviter ce régime d'oppression que par centaines de mille, de braves et bons Français se sont fait tuer en défendant nos frontières. C'est pour empêcher le triomphe de cette tyrannie que les nations libres : Angleterre, Amérique, Italie, Belgique, Serbie, Roumanie, et tant d'autres, s'imposent les plus cruels sacrifices.

« Si vous avez rêvé de nous appliquer une contrefaçon de l'Etatisme boche, Monsieur l'Administrateur, il faut y renoncer, car après notre Victoire, ce serait une absurdité.

« L'autre méthode est celle des pays libres, où l'individu conserve sa dignité et son initiative, où, devant la volonté du peuple et l'expression des désirs de l'opinion, doivent fléchir toutes les résistances bureaucratiques.

« Avec cette méthode s'épanouira l'activité syndicaliste, et nous espérons relever notre pays, refaire une France florissante et prospère par la saine collaboration des compétences professionnelles et des Administrations singulièrement réduites et (passez nous l'expression) largement « débureaucratisées ».

« Il y eut jadis, dans les directions du Ministère de l'Intérieur, des hommes de valeur qui n'attendirent pas les leçons de la guerre pour faire appel à la collaboration des Syndicats médicaux dans l'organisation et le fonctionnement de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Ces Administrateurs, dont vous avez sans doute oublié les noms, s'appelaient MM. Monod et Mirman. Ils ne regrettèrent jamais d'avoir réclamé l'aide de nos Syndicats, et plus d'une fois, M. Mirman nous assura publiquement (et il y a à peine de cela quelques années, dans les banquets du *Concours médical* et en présence des délégués de nos Syndicats), que son plus grand désir était de multiplier les occasions de cette collaboration.

« La guerre, Monsieur l'Administrateur, aura précipité bien des mouvements, hâté l'évolution de bien des choses. Elle nous a donné de grandes et de terribles leçons.

« Nous avons assisté, étonnés d'abord, profondément affligés ensuite, à la catastrophe épouvantable que la Bureaucratie tsariste a provoquée en Russie, et nous ne voulons pas que la Bureaucratie française conduise notre Patrie au même résultat.

« Par conséquent, évoluez, Monsieur l'Administrateur, évoluez, il en est encore temps. Ne repoussez pas avec dédain la coopération de nos Syndicats, car avant peu « elle s'imposera d'elle-même. » Il y aura peut-être quelques résistances, mais elles cèderont, croyez-nous. Avec beaucoup d'autres qui, comme nous, ont le souci de l'avenir de la France et du bien-être de l'Humanité, nous nous emploierons à les briser et nous sommes certains d'y réussir. Vous savez bien que nous ne manquerons ni de volonté, ni de ténacité. »

Nous ignorons la réplique que pourra faire Monsieur l'Administrateur à notre réponse ; mais s'il veut bien nous l'adresser, nous nous engageons à lui donner la plus grande publicité.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les hémorrhagies en chirurgie de guerre.

Hôtel Dieu : M. le professeur HARTMANN.

Je désire vous parler aujourd'hui d'une question extrêmement importante, en chirurgie générale d'abord, et en chirurgie de guerre plus particulièrement : c'est la question des hémorrhagies.

Le mot hémorrhagie signifie, par son étymologie, écoulement de sang. Direz-vous qu'il y a hémorrhagie toutes les fois qu'il se fait un écoulement de sang ? Evidemment non, puisque tou-

tes les plaies s'accompagnent d'écoulement sanguin. Celui-ci, pour justifier le qualificatif d'hémorrhagique, doit présenter une abondance et une persistance spéciales.

Les hémorrhagies peuvent se produire dans deux conditions différentes, soit au moment même de la blessure — c'est l'hémorrhagie dite primitive, — soit plus tardivement, sans nouveau traumatisme — c'est l'hémorragie dite secondaire. Toutes les hémorrhagies qui apparaissent quelque temps après la blessure, cependant, ne méritent pas indistinctement le nom d'hémorrhagies secondaires, car il en est qui se rapprochent intimement des hémorrhagies primitives. Vous allez me comprendre lorsque je vous aurai exposé le mécanisme physiologique de l'arrêt spontané des hémorrhagies.

Que se produit-il quand il y a eu hémorrhagie ? Voici, par exemple, les téguments, une artère, et une plaie qui vient d'intéresser largement, à la fois, les téguments et le vaisseau artériel. Si l'artère sectionnée est assez volumineuse, on voit alors apparaître un flot de sang qui se renouvelle par saccades et entraîne la mort rapide du blessé, mort évitable seulement par une intervention immédiate. Dans ces cas-là, il ne se produit pas d'hémostase spontanée. Ces cas ne sont pas les plus habituels ou du moins, ce ne sont pas ceux auxquels on a affaire ordinairement, en pratique. Ils concernent, en effet, des blessés qui meurent sur le champ de bataille avant l'arrivée de tout secours chirurgical.

Les blessés dont vous aurez à vous occuper se présentent généralement dans d'autres conditions, qui sont les suivantes. Ils ont une plaie des téguments, pas très grande, et une plaie vasculaire également pas très grande. Le sang, au lieu de se déverser à l'extérieur abondamment, sort bien un peu par la plaie, mais a plutôt tendance à s'infiltrer dans les tissus péri-vasculaires qui l'arrêtent, et dans les parties voisines. Ce sang, n'étant plus au contact de la paroi interne du vaisseau, se coagule comme le sang versé dans une cuvette, et il se forme un caillot, qui pousse un prolongement dans le vaisseau. Les anciens auteurs insistaient sur cette particularité que le caillot remonte à l'intérieur du vaisseau jusqu'à la première collatérale, c'est-à-dire jusqu'au point où il n'y a plus stagnation sanguine. Le caillot en question offre ainsi une forme un peu spéciale, élargie hors de l'artère et rétrécie dans l'artère, comparable à celle d'un clou. Jean-Louis Petit lui décrivait une tête et une tige.

Quoiqu'il en soit, le caillot une fois formé, le sang cesse de couler et l'hémorrhagie s'arrête : c'est ce qu'on a appelé l'hémostase primitive spontanée. Le caillot, d'abord mou et peu consistant, se modifie dans la suite et avec le temps. On croyait autrefois, suivant la théorie des auteurs allemands, que ce caillot s'organisait, faisant du tissu fibreux cicatriciel, substituant par ce mécanisme, une hémostase définitive à l'hémostase provisoire primitive. Ranvier a démontré l'inexactitude de cette théorie. La transformation du caillot n'est pas due à son organisation. Elle tient à ce que, de la paroi vivante du vaisseau, naissent des bourgeons qui pénètrent le caillot et s'y substituent.

Tel est le mécanisme de l'hémostase spontanée. Celle-ci est assurée au début, vous le voyez, par un caillot mou. Vous comprenez qu'un tel mode de protection demeure assez précaire. Un mouvement, même non violent, peut faire tomber le caillot, comme tomberait le caillot contenu dans une cuvette que vous renverseriez. La chute du caillot entraînera une hémorrhagie qui, pour se produire un certain temps après la blessure, n'en est pas moins tout à fait comparable à l'hémorrhagie primitive. C'est pour cela que je vous disais tout à l'heure qu'il est des hémorrhagies secondaires au point de vue chronologique, qui doivent être distraites des hémorrhagies secondaires véritables. Les hémorrhagies dont je viens de parler sont en réalité des hémorrhagies primitives retardées, et elles sont effectivement décrites sous cette appellation.

Un peu plus tard, entre cette période de caillot mou et la période où la cicatrisation est terminée, existe une phase intermédiaire où le caillot se modifie. Dans cette phase peuvent se produire des hémorrhagies qui méritent bien le nom d'hémorrhagies secondaires. Dans cette période, où la plaie est en voie de transformation, où il peut y avoir des bourgeons charnus plus ou moins exubérants, une suppuration plus ou moins grande, une destruction du caillot peut s'observer avec, comme conséquence, une hémorrhagie qui mérite réellement le qualificatif de secondaire.

Telles sont les 3 formes d'hémorrhagies qu'il convient de distinguer (hémorrhagie primitive, — primitive retardée, secondaire), toutes trois en rapport avec l'évolution même de la plaie et du caillot.

J'arrive maintenant à la distinction entre les diverses variétés d'hémorrhagie. Vous savez qu'il existe trois ordres de vaisseaux : les artères, les capillaires et les veines. Dans les artères, se trouve le sang dit rouge, plus oxygéné, et dans

les veines le sang dit noir, moins oxygéné. Ceci vous donne déjà un premier élément différentiel entre les hémorrhagies artérielles et les hémorrhagies veineuses. L'écoulement sanguin dans l'hémorrhagie artérielle, est rouge, et, dans l'hémorrhagie veineuse, noirâtre. Ce caractère n'est pas le seul. Dans le système artériel, le sang ne coule pas d'une façon continue. Le sang, vous le savez, est projeté dans les artères par les contractions du cœur, qui se reproduisent 60, 70, 80 fois par minute, selon les individus. Dans l'hémorrhagie artérielle, en conséquence, l'écoulement sanguin n'est pas régulièrement continu. Il offre des saccades synchrones au pouls. De plus, comme l'impulsion cardiaque a une certaine force, l'écoulement se fait en jet au moment de chaque contraction du cœur. Ainsi l'hémorrhagie artérielle se présente de la manière suivante : sang plus rouge, écoulement en jet et en saccades.

Du côté veineux, les caractères sont très différents. Le sang est plus noirâtre. L'impulsion cardiaque ne s'exerçant plus, l'écoulement sanguin est continu. La pression étant très diminuée, il n'y a plus de pulsation. Donc, dans l'hémorrhagie veineuse, vous aurez trois caractères opposés : sang plus noir, s'écoulant en bavant, pas de jet sanguin.

A la vérité, en pratique, la distinction n'est pas toujours aussi tranchée. Vous pourrez voir des hémorrhagies artérielles qui n'offrent pas tous les signes classiques de ces hémorrhagies, et vous pourrez voir des hémorrhagies veineuses, elles aussi, moins bien caractérisées. Je viens de vous décrire les cas types. Ils ne le sont pas tous, cela va sans dire. Vous rencontrerez des petites plaies artérielles, dans lesquelles le sang s'infiltre et sort peu par la plaie tégumentaire. Le jet alors fait défaut et la pulsation est moindre. La rougeur manque quelquefois dans l'hémorrhagie artérielle. Voici, par exemple, un malade qui asphyxie. Sa face est bleue parce que le sang ne s'est pas oxygéné. Son sang est noirâtre. Qu'il ait une hémorrhagie artérielle : l'écoulement sanguin sera noirâtre et non rouge. Les cas dans lesquels ces conditions sont réunies sont rares, il est vrai, en pratique.

Dans les hémorrhagies veineuses, vous pouvez avoir du sang rouge. Les capillaires peuvent en effet être dilatés et le sang artériel rouge passer directement dans les veines. Il arrive aussi que des hémorrhagies veineuses — lorsque les veines sont très dilatées — donnent lieu à des écoulements en jets.

Ainsi la distinction dont je vous ai parlé n'est pas absolue. Entre les cas types se trouvent des intermédiaires.

Lorsque le vaisseau lésé est important et la plaie en rapport direct avec l'extérieur, l'écoulement de sang se fera au dehors, et vous aurez tous les signes de l'anémie aiguë, à savoir la décoloration de la peau et des muqueuses, la pâleur des conjonctives, les nausées, l'irrégularité de la respiration. Le sujet accuse des bourdonnements d'oreille, et une sensation générale de froid. Son pouls est petit, fréquent, filiforme, ses pupilles sont dilatées. Il y a tendance à la syncope ou syncope véritable. Cette syncope a quelquefois un effet heureux, le sang cessant de ce fait d'être projeté et n'arrivant plus à la plaie, d'où arrêt de l'hémorhagie. Mais cette syncope a aussi des inconvénients : elle peut être suivie de mort ou faire croire à la mort du blessé. C'est ainsi que, sur le champ de bataille, les brancardiers peuvent ne pas relever des blessés seulement en état de syncope et qu'ils croient morts.

Vous connaissez maintenant la forme ordinaire (avec écoulement extérieur du sang), la forme syncopale des hémorrhagies. Il est une autre forme encore, où l'hémorrhagie ne se produit pas à l'extérieur. Voici, par exemple, une cuisse traversée en séton par un projectile, avec une petite blessure de l'artère fémorale. Le sang qui sort de l'artère n'arrive qu'en faible quantité à l'extérieur. Il s'épanche autour de la lésion vasculaire, constituant la tumeur sanguine appelée hématome. Si le vaisseau lésé est petit, la perforation petite, vous aurez une tumeur profonde, au voisinage du vaisseau et à caractères vagues. Si l'artère intéressée est importante, la blessure large, la tumeur affectera des mouvements d'expansion isochrones au pouls. Elle sera pulsatile.

Cela dit sur les hémorrhagies primitives, considérons les hémorrhagies secondaires. Avant la guerre, l'importance de ces hémorrhagies secondaires était très restreinte. Autant on les observe communément, aujourd'hui, avec les plaies de guerre, autant elles étaient rares antérieurement. Elles résultent, en effet, de la destruction du processus d'hémostase spontané dont je vous ai parlé, destruction elle-même dépendante de l'infection des plaies. Elles sont, en un mot, fonction de l'infection des plaies. C'est pourquoi, fréquentes jadis, nous avions cessé de les observer depuis l'antisepsie. La guerre actuelle, avec ses plaies par projectiles, plaies presque

toujours infectées, a ramené la fréquence des hémorrhagies secondaires.

Il faut bien connaître les caractères de ces hémorrhagies secondaires et se méfier de cet accident. Nous avons certainement perdu, au début de la guerre, nombre de blessés, parce que les chirurgiens, déshabitués, grâce à l'antisepsie, de voir des hémorrhagies secondaires, ne les ont pas toujours dépistées assez tôt. Vous êtes en présence d'un malade dont la plaie est couverte de bourgeons charnus. Un jour, sa température s'élève, les bourgeons charnus se mettent à saigner un peu. On ne se méfie pas et ce sont là cependant les premiers signes d'une hémorrhagie secondaire. On croit volontiers, si l'on n'est pas prévenu, qu'un petit pansement compressif va suffire à calmer la légère hémorrhagie ou la petite ecchymose, et quelques jours après, éclate l'hémorrhagie considérable. Prenez garde. Toutes les fois où vous verrez, sur une plaie profonde suppurante, ces petits écoulements de sang, pensez à l'hémorrhagie secondaire.

Quel est le traitement à mettre en œuvre au cas d'hémorrhagie ? Le traitement des hémorrhagies a été bien précisé par Dupuytren. Pour Dupuytren — et la règle qu'il a énoncée est encore vraie aujourd'hui —, en présence d'une hémorrhagie, la seule conduite à tenir est la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. En temps de guerre, on ne peut pas appliquer cette règle. Ceux qui, dans les commissions militaires, ont dit qu'il fallait toujours lier les deux bouts de l'artère, ont soutenu une idée théorique vraie, mais non constamment applicable. Sur le champ de bataille ou dans le poste de secours, cette double ligature est, en règle générale, impraticable et il faut chercher autre chose. Il faut appliquer le garot, c'est-à-dire placer un lien au-dessus de la partie blessée et le serrer suffisamment pour arrêter l'écoulement sanguin. Ce garrot sera n'importe quoi, une serviette, une ceinture, etc. Il vaudrait mieux, toutefois, se servir d'un tube de caoutchouc maintenu par une pince, et je crois que le Service de Santé s'est préoccupé d'approvisionner les postes de secours de ces tubes de caoutchouc.

On a beaucoup médit du garrot, que l'on a accusé de provoquer des gangrènes. On pourrait répondre que sans garrot les gangrènes ne se seraient pas produites puisque... les blessés auraient succombé à l'hémorrhagie. En réalité, les gangrènes sont le résultat non de l'application du garrot, mais de sa trop longue application. Pour es éviter, il faut que tout blessé ayant un garrot soit pourvu d'une fiche indiquant en gros caractères : « A UN GARROT. A PANSER IMMÉDIATEMENT ». Si le garrot est seulement laissé quelques heures, vous en aurez tous les bénéfices et aucun des inconvénients. Une fois le blessé arrivé à l'ambulance, le garrot sera enlevé aussitôt, et les ligatures faites.

Lorsqu'il existe un hématome, le mieux est de l'inciser. Si l'hématome est anévrysmoïde, en effet, il peut s'accroître. S'il est simple, il peut suppurer. Il sera donc incisé, vidé de ses caillots, et on liera le vaisseau lésé au fond de la plaie.

Pour les hémorrhagies secondaires, la ligne de conduite est plus difficile. L'hémorrhagie secondaire se produit, vous le savez, sur une plaie granuleuse, où vous ne sauriez reconnaître le vaisseau intéressé. La première chose à faire est de cureter la plaie, d'abraser tous les bourgeons charnus. Ce curetage s'accompagne d'écoulement sanguin abondant, qui ne doit pas vous arrêter. Vous devez continuer en allant vite. Les bourgeons enlevés, vous arriverez sur le point du vaisseau lésé, où vous placerez une pince. Quelquefois, la transformation des tissus est telle que vous ne vous y retrouvez plus. Rappelez-vous alors votre anatomie. Incisez le long de l'artère et recherchez celle-ci là où elle est normale, pour la reconnaître. Descendez ensuite jusqu'à la plaie, où vous lierez au-dessus et au-dessous de la lésion. Pourquoi descendre et ne pas lier en haut ? C'est que généralement, le vaisseau a des collatérales qu'il convient de conserver le plus possible. Quant aux coagulants, au sérum gélatiné, à la compression, n'y ayez pas recours. Ce sont là, dans ces hémorrhagies secondaires, des petits moyens dangereux parce qu'ils sont sans valeur et qu'ils retardent ou empêchent le vrai traitement, uniquement chirurgical.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX).

La *Mission médicale uruguayenne* a été reçue au *Concours médical* le 21 février dernier. Le compte rendu de cette réception paraîtra dans le n° du 15 mars.

La *Société de médecine de Paris* recevra de son côté les médecins de l'Uruguay le samedi 2 mars.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le tétanos cérébral. — La réglementation des spécialités pharmaceutiques. — Méningocoque et para-méningocoques. — Angines à bacilles courts. — Achlorhydries non néoplasiques. — Addisonisme de guerre. — Hypothermie chez les militaires. — Fièvre intermittente par septicémie méningococcique. — Traitement de l'entérite par la salicaire. — La spirochétose ictéro-hémorrhagique.

— MM. Léon Bérard et Auguste Lumière lisent à l'*Académie de médecine* une note sur *une nouvelle forme clinique (forme cérébrale) de tétanos*

Tous les auteurs ont admis jusqu'ici que la toxine tétanique respectait les centres cérébraux et que l'intégrité de l'intelligence constituait même un élément important de diagnostic différentiel entre certaines formes de tétanos et les méningites.

MM. Léon Bérard et A. Lumière ont observé depuis un an, onze cas de tétanos dans lesquels des troubles cérébraux se sont manifestés. Ces accidents mentaux ont consisté en hallucinations, délire, agitation, phobie, etc. Leur début a été brusque et ils se sont prolongés pendant 3 à 4 semaines en moyenne.

Ces troubles paraissent devoir s'expliquer de la manière suivante. Dans le tétanos, la fixation de la toxine sur le tissu nerveux suit une marche ascendante. Elle chemine des extrémités périphériques vers la moelle, pour atteindre ensuite le bulbe. C'est à cette dernière étape que les tétaniques mouraient jusqu'ici, avant que le cerveau ait pu être touché par le poison tétanique. Avec nos méthodes actuelles de traitement, il devient possible de préserver le système bulbo-médullaire de lésions fatales et le poison peut encore, quelquefois, continuer sa marche ascendante jusqu'aux centres nerveux.

— L'*Académie de médecine* termine la discussion du rapport de M. Léger sur la *réglementation des spécialités pharmaceutiques* par le vote du vœu suivant :

L'Académie, considérant que la non application des articles de la loi du 21 germinal an XI, visant les remèdes secrets, fait courir des dangers à la santé publique, demande l'application rigoureuse de cette loi.

Elle estime que, pour obtenir ce résultat, la disposition suivante doit compléter le décret du 3 mai 1850 : tout médicament, simple ou composé, dont la composition qualitative et quantitative, n'est pas encore connue, doit être considéré comme remède secret et poursuivi comme tel ;

Elle réclame l'application immédiate aux spécialités pharmaceutiques, du décret du 3 mai 1850 ainsi modifié, et du décret du 14 septembre 1916.

En ce qui concerne les spécialités hygiéniques ou alimentaires, l'Académie émet le vœu que ces produits, lorsqu'ils sont destinés aux malades, portent sur l'étiquette l'indication exacte de leur composition.

— M. Dopter présente à la *Société médicale des hôpitaux* une note au sujet du *méningocoque* et des *paraméningocoques.*

On a décrit dernièrement des méningocoques A., B., C., D., désignations sur lesquelles il convient de s'entendre, sous peine de confusion. Le méningocoque A n'est autre que le méningocoque type. Les méningocoques B. C. et D., de M. Nicolle, sont les germes précédemment appelés para-méningocoques par M. Dopter.

Tandis que, avant la guerre, la grande majorité des méningites cérébro-spinales relevait du méningocoque-type, actuellement, le méningocoque B. est trouvé en proportion sensiblement égale à celle du méningocoque A. Cette constatation entraîne une déduction thérapeutique : l'utilité d'un sérum polyvalent dans la méningite cérébro-spinale.

M. Netter, sur 26 cas de méningite cérébro-spinale, a trouvé 17 fois le type B. et 9 fois le type A.

— M. Nobécourt fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *sérothérapie et la prophylaxie des angines aiguës à bacilles courts.*

La nature des bacilles courts a été l'objet d'opinions différentes. Les uns admettent qu'il s'agit de germes pseudo-diphtériques (bacilles d'Hoffmann) ; d'autres estiment que ce sont des bacilles diphtériques légitimes ; pour d'autres, enfin, il existe des bacilles courts diphtériques et d'autres pseudo-diphtériques.

Dans un travail paru en 1916, MM. Martin et Loiseau ont montré que l'on pouvait différencier le bacille diphtérique du bacille d'Hoffmann par la culture en tube de Veillon. Cette méthode intéressante apporte-t-elle des changements aux notions thérapeutiques et prophylactiques des angines à bacilles courts ?

Au point de vue de la thérapeutique des angines à bacilles courts, la méthode de Martin-Loiseau n'apporte aucun appoint pratique véritable. Elle ne donne, en effet, de résultat qu'au bout de 5 à 6 jours, trop tardivement pour guider la sérothérapie. Celle-ci ne peut baser ses indications que sur l'observation clinique.

La prophylaxie, au contraire, remarque M. Nobécourt, peut tirer de grands avantages de la différenciation précise du bacille diphtérique et du bacille d'Hoffmann. L'isolement des por-

teurs de germes étant — réglementairement — prolongé jusqu'à disparition des bacilles, il y aura un sérieux intérêt à être fixé, même au bout de 5 à 6 jours, sur la nature du bacille court observé.

— MM. Félix Ramond, A. Petit et Carrié communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *achlorhydries non néoplasiques*.

Ayant eu à observer un grand nombre de dyspeptiques, M. Ramond a été frappé par la fréquence des cas où l'analyse du suc gastrique a révélé l'absence d'acidité chlorhydrique en dehors de tout symptôme de néoplasme. Il conclut de l'étude de ces cas, que :

1° L'achlorhydrie non cancéreuse est d'observation fréquente, beaucoup plus que l'achlorhydrie cancéreuse ;

2° Il n'y a pas de signes cliniques de l'achlorhydrie, qui peut coexister avec tous les syndromes dyspeptiques et peut même exister en l'absence de tout symptôme dyspeptique ;

3° L'achlorhydrie est souvent le reliquat d'une gastrite aiguë antérieure ;

4° Elle peut être transitoire.

— MM. F. Ramond et François présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur *l'addisonisme de guerre*.

Le fait d'une guerre prolongée provoque forcément le surmenage de tous les organes, surtout des capsules surrénales, dont le rôle de tonicité générale est bien connu. Il n'est donc pas étonnant de trouver, dans la littérature médicale de guerre, des cas multiples d'insuffisance surrénale : asthénie et psychasthénie, hypotension artérielle, troubles gastriques, etc. MM. Ramond et François ont constaté une fréquence anormale de la maladie d'Addison parmi les troupes en campagne. L'addisonisme peut revêtir, d'ailleurs, une forme fruste, dans laquelle l'asthénie (physique et intellectuelle) est dominante, avec pigmentation discrète. La nature des lésions surrénales en cause est presque toujours tuberculeuse, comme en temps de paix.

— M. Pr. Merklen lit à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* une note sur *l'hypothermie chez les militaires*.

L'hypothermie se rencontre chez un nombre appréciable de soldats malades. M. Merklen a vu, chez des militaires hospitalisés, la température baisser à 36° et même 35°, soit à la suite de pyrexies, soit sans phase fébrile antérieure. Dans ce dernier cas, le malade se borne souvent à accuser de la fatigue et des troubles subjectifs variés, maux de tête, douleurs, etc. (courbature hypothermique).

— M. Netter rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *fièvre intermittente par septicémie méningococcique*, observé avec le Dr Mignon (du Vésinet).

La fièvre intermittente d'origine méningococcique est une manifestation peu fréquente. Les malades présentent, comme dans la fièvre intermittente paludéenne, le début par frisson, la terminaison par sueurs, et l'augmentation du volume de la rate. Les arthralgies sont communes (elles se voient aussi dans les accès palustres) et l'on rencontre parfois également des déterminations cutanées.

Dans la plupart des cas, le diagnostic n'a été établi qu'après l'apparition des phénomènes méningés, apparition souvent tardive, s'étant faite au 15e, 20e, 30e, 60e jour. La sérothérapie vient généralement très vite à bout de la fièvre. Le diagnostic important, à poser de bonne heure, se fera par l'hémoculture (elle échoue quelquefois), par l'ensemencement du cavum, la séro-réaction, la ponction lombaire.

M. Bezançon signale deux observations très voisines du cas actuel de M. Netter.

— M. Henri Dufour fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement de l'entérite (diarrhée des nourrissons, entérite des adultes) par la salicaire*.

M. Dufour emploie, depuis le mois d'août, à la crèche de la Maternité, les préparations de salicaire dans le traitement de la diarrhée des nourrissons et de l'entérite des adultes. Avec le conconrs de la diète hydrique, il a vu ce médicament faire céder très rapidement le plus grand nombre de diarrhées infantiles.

La salicaire est une plante qui contient 2 gr. 20 de tannin pour 1000. Elle se prescrit en infusion (30 à 40 gr. pour 1000), en poudre, en pilules (2 à 4 gr. d'extrait), en teinture (XX gouttes, 4 à 5 fois par jour). M. Dufour utilise l'extrait fluide de Dausse, qu'il formule ainsi :

Extrait fluide de salicaire (de Dausse)...........	12 gr. 50
Sirop de sucre...........	480 grammes

Faire prendre (pour les nourrissons) 4 à 6 cuillerées à café par jour, ce qui représente 0 gr. 50 à 0 gr. 60 d'extrait.

Chez les adultes, M. Dufour donne l'extrait fluide de salicaire à la dose de 3 grammes par jour dans les entérites diarrhéiques.

M. L. Rénon a vu, dans les entérites avec diarrhée rebelle au tannin et au sous-nitrate de bismuth, la teinture de coco, à la dose quotidienne de XXV à XL gouttes, amener la cessation du flux intestinal.

— M. Chauffard présente à la *Société médicale des hôpitaux* deux mémoires de MM. N Fiessinger et Ed. Leroy, consacrés à l'étude de la *spirochétose ictéro-hémorrhagique*.

Le premier mémoire, qui a trait à une forme

classique de spirochétose, montre une guérison complète et définitive de la maladie après une injection de sérum antispiro de L. Martin et Aug. Petit.

Le second mémoire semble montrer qu'il peut exister deux types de spirochètes : les uns, ceux d'Inada, sont pathogènes pour le cobaye et donnent des immunisines chez l'homme ; les autres ne donnent aucune de ces réactions, semblent plus longs et présentent de 6 à 8 ou 10 spires. On ne saurait dire, jusqu'à présent, s'il s'agit d'espèces voisines ou distinctes. P. L.

HÉLIOTHÉRAPIE

De la valeur pronostique de la cure solaire dans les affections chirurgicales.

Par M. le Docteur R. Molinéry, de Barèges.

Fort nombreux sont les auteurs qui, depuis Rikli et Rollier, ont écrit sur les résultats de la cure solaire. Farouches détracteurs, partisans enthousiastes, sages éclectiques, ont, tour à tour, impressionné l'opinion médicale.

Quoiqu'il en soit des théories, l'héliothérapie est un fait. Il faut donc compter avec elle. En indiquer les résultats n'est pas le but de ces notes.

Nous basant sur l'examen des malades que nous soumettons, *en haute altitude* (1300-1600 mètres) à une héliothérapie aussi large que possible, mais rarement totale, nous voudrions dégager la valeur pronostique de cette cure, et indiquer, très brièvement, comment elle permet au praticien d'être fixé sur l'évolution du cas mis en observation par les réactions physiologiques qu'elle présente à notre examen.

1° La pigmentation. — En règle générale, tout malade qui se pigmente s'améliore.

Les raisons de penser à la guérison croissent avec l'intensité de la pigmentation.

La pigmentation idéale qui nous a paru, le plus souvent, s'accompagner d'une guérison rapide, est celle qui se manifeste par une teinte « vieux noyer » ou, quelquefois, « acajou foncé ».

Toute pigmentation qui cède après quelques jours d'interruption de la cure solaire, est d'un pronostic défavorable.

Tout malade qui, dès les premières minutes de l'exposition solaire, présente de l'érythème, n'est pas justiciable de cette méthode. La guérison sera certainement très lente.

2° L'œdème. Tout œdème, dur ou mou, qui voit son volume augmenter au début de l'insolation, contre-indique celle-ci pour plusieurs semaines, et fait songer à une nouvelle intervention chirurgicale.

Tout œdème qui accompagne les vieilles fistules, les plaies atones, les ulcères variqueux, cède rapidement à l'héliothérapie, s'il se produit pendant celle-ci un exsudat, tantôt louche et sanieux, tantôt absolument incolore.

3° La sérosité. En dehors de tout œdème, la « lymphorragie » (Léo) que l'on constate si fréquemment sur des plaies qui, cependant, « viennent d'être pansées », constitue un véritable drainage, et est d'un pronostic heureux.

Si cette sérosité est franchement sanguinolente, il nous a paru qu'il fallait faire appel au chirurgien.

4° Aspect des cicatrices (et des tissus environnants : fistules, plaies atones, ulcère variqueux.)

D'ordinaire lisses, vernissés, laqués, tendus, les tissus cicatriciels, sous l'influence de l'héliothérapie, *se plissent*, pâlissent, et cela, d'autant plus rapidement que la guérison profonde doit survenir plus vite. Voilà un petit signe pronostique, lequel, peut-on dire, ne fait jamais défaut. Nous l'avons vu, souvent, se produire vers la fin de la première semaine ; il nous permettait effectivement d'affirmer une guérison *qui semblait devoir n'être jamais atteinte*. (Observation du Cap. G. F. du ne d'artillerie lourde).

5° Le frisson, suivi de légère élévation de température, se produisant dès les dix premières minutes d'insolation, chez un malade porteur d'ostéite traumatique ou bacillaire, contre-indique cette méthode, *alors que certains fébricitants, jusque-là habituels*, voient leur température céder à une exposition solaire qui peut varier de une à trois heures.

6° Variation du taux de l'hémoglobine. — Depuis cinq ans, nous utilisons la méthode si simple, si pratique, de Talgwist, pour noter les variations du taux de l'hémoglobine.

Dès les premiers jours d'insolation, les malades gagnent 5 à 10 %. Un de nos soldats qui accusait à son arrivée à Barèges 60 %, à l'hémoglobinomètre, passait à 95 %, un mois après. On peut considérer comme étant d'un pronostic défavorable, un taux d'hémoglobine qui ne se relève pas, durant la première quinzaine.

7° La tension artérielle. — Les blessés qui arrivent dans nos hôpitaux thermaux ou climatiques, ont fait déjà de trop longs et trop nombreux séjours dans les formations sanitaires de l'intérieur.

« ...... Ils ont encombré, pendant de longs mois, les hôpitaux militaires, subissant des interventions successives, sans trouver la guérison. » (1).

(1) Dr Maurice Cazin, Chirurgien-chef de l'hôpital annexe du Val-de-Grâce. « *La cure solaire* », page 8. Maloine, édit., Paris 1917.



(A l'hôpital militaire de Barèges, M. le Dr Pascal a relevé l'observation d'un malade qui avait, vingt-deux fois, changé d'hôpital....)

Considérés au point de vue de la sphygmomanométrie, ces blessés se divisent en deux grands groupes : les hypotendus et les hypertendus. La cure solaire ne modifie guère cette hypertension, qui peut être classée, avec A. Robin et Fiessinger, comme une hypertension de défense.

Chez les hypotendus, l'héliothérapie semble jouer, au contraire, le rôle d'un adjuvant de tout premier ordre. Anssi voyons-nous l'appareil de Pachon enregistrer des T. A. normales, après une dizaine de séances, chez des blessés qui accusaient seulement Mx : 12 — Mn : 6 à 7.

Or, il est à noter que le relèvement de la tension artérielle précède l'amélioration du malade ou du blessé.

Si cette hypertension ne se modifie pas, on voit les plaies traîner en longueur et dans ce cas, nous songeons à dépister une tuberculose latente.

Voilà les quelques faits que je soumets au contrôle de mes confrères. Ils sont basés sur plus de 800 observations, relevées durant ces cinq dernières années.

Si l'on nous demande quelle part revient à la cure solaire, dans l'arsenal thérapeutique, constitué par une haute altitude, un traitement hydrominéral sulfuré intense, associé à la méthode « bio-kinétique », nous répondrons que ces divers facteurs de guérison se compénétrant, et joignant leur action, en multiplient les résultats.

Chez les blessés « témoins », qui n'ont pas subi l'héliothérapie, ces résultats sont indiscutablement inférieurs.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La neurasthénie de guerre. Son traitement.

Depuis quelque temps, on signale une recrudescence considérable des troubles nerveux polymorphes, caractérisés principalement par de l'excitation psychique, avec insomnie, s'accompagnant d'asthénie marquée et d'altération de la nutrition générale. Ces symptômes pourraient permettre de confondre ces états avec la maladie de Beard, alors qu'ils ne sont en réalité que des phénomènes d'épuisement pseudo-neurasthéniques déterminés par une hypertension plus ou moins forte jointe à une insuffisance rénale transitoire et parocystique.

Ces troubles ont été constatés non seulement chez des combattants à la suite d'efforts physiques prolongés, fournis dans des conditions hygiéniques et climatiques tout à fait défavorables, mais même chez des individus que leur âge et leur profession semblaient devoir mettre dans de meilleures conditions de résistance, tant il est vrai qu'il faut attribuer un rôle important aux émotions, aux soucis, aux chagrins, dans la production des spasmes vasculaires générateurs de l'hypertension.

A l'examen, on retrouve chez ces malades tous les signes de la neurasthénie classique : ils sont accablés, affaissés, se nourrissent mal et s'amaigrissent ; leur amyosthénie est extrême, l'effort leur est impossible ; ils se plaignent de crampes, de douleurs vagues, de maux de tête, de pression sourde à la nuque et dans la tête, d'inaptitude absolue au travail cérébral, etc.

A ces phénomènes s'ajoutent des troubles circulatoires, tels que refroidissements, rougeurs et sensations de brûlures en diverses parties du corps, des désordres digestifs ou intestinaux : dyspepsie acide, gaz, selles irrégulières et fétides. L'urine est irrégulière en quantité, rare, colorée, très dense par moments, elle devient abondante, claire, et parfois de très faible densité, mais toujours elle contient beaucoup d'indican et d'indoxyle.

Un examen minutieux du malade révèle des signes manifestes d'artério-sclérose. Le pouls est dur et vibrant, le second bruit aortique est souvent claquant et on constate toujours une augmentation notable de la tension artérielle.

Le régime lacto-végétarien sera institué comme le voulait Huchard. Le lait, les œufs presque crus, le poisson, les huîtres, les végétaux, fruits et légumes verts formeront la base fondamentale de l'alimentation. Le régime variera suivant la capacité et la tolérance digestive de chacun. Comme boisson on éliminera complètement le thé, l'alcool sous toutes ses formes y compris les vins légers.

Dans presque tous les cas, il faudra avoir recours aux purgatifs légers pour débarrasser les voies digestives, concourir à l'élimination des toxines et stimuler la fonction hépatique, mais c'est surtout l'élimination rénale qui devra être activée et régularisée.

On a reconnu, en effet, que les médicaments préconisés comme hypotenseurs n'étaient susceptibles d'exercer une action thérapeutique réelle et durable, que s'ils déterminaient en même temps l'élimination des déchets, cause initiale des spasmes vasculaires. Il ne suffit pas, en effet, de provoquer une chute transitoire de la pression par vaso-dilatation active des vaisseaux périphériques, il faut qu'elle puisse se maintenir et pour cela que les centres vaso-moteurs ne soient plus excités anormalement.

La Guipsine qui renferme les glucosides et alcaloïde du gui privés des résines irritantes contenues dans cette drogue, a donné dans ces cas

des améliorations rapides qui s'expliquent facilement, si on considère que ce médicament agit à la fois comme sédatif du centre vaso-moteur, comme vaso-dilatateur actif par action directe sur les vaisseaux périphériques (Chevalier, Gaultier), comme diurétique et stimulant de l'excrétion azotée (Renault, Fedeli) et que dans tous les cas l'hypotension qu'elle détermine s'accompagne d'une amélioration de la nutrition générale (Lesieur).

Employée à la dose de 6 à 10 pilules par jour, la Guipsine, toujours bien tolérée, amène en peu de temps une chute de pression de plusieurs centimètres de mercure et parallèlement à l'amélioration de la circulation et de la nutrition, on voit disparaître la plupart des symptômes nerveux, les forces renaître et les malades reprendre du poids. Dr M. L.

BIBLIOGRAPHIE

La gangrène gazeuse, par les Drs A. et J. Chalier, anciens chefs de clinique à la Faculté de Lyon, Médecins des Armées. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Barbie, 1917). 1 vol. in-8 de 388 p., avec 52 fig. 8 fr. 80 (Paris, Librairie Félix Alcan).

Cet ouvrage constitue le premier travail important qui ait été consacré, depuis le début des hostilités, à cette grave et toujours fréquente complication des plaies de guerre qu'est la gangrène gazeuse. Grâce à une expérience personnelle, consommée par trois ans de séjour aux armées, les auteurs dissocient, parmi les diverses variétés d'infections gazeuses ou gangréneuses, celles qui, d'un point de vue clinique, pronostique et thérapeutique, méritent seules le nom générique de gangrène gazeuse. Ils en précisent les conditions étiologiques, d'où découlera la prophylaxie. Ils en décrivent les aspects cliniques, depuis les signes révélateurs qui permettent un diagnostic précoce et une opération ordinairement efficace, jusqu'aux signes terminaux annonçant l'issue fatale. Ils insistent, comme il convient, sur la valeur séméiologique et pronostique de chaque symptôme. Et, après une critique serrée des classifications antérieures, ils montrent, par leurs propres observations, la possibilité de ramener tous les cas aux trois formes cliniques suivantes : forme circonscrite, forme diffuse, forme massive. Cette classification a non seulement le mérite de la simplicité et de la vérité cliniques, mais aussi une importante valeur pronostique et thérapeutique. Le chapitre du traitement, qui termine l'ouvrage, est naturellement le plus important. Après un exposé des diverses techniques préconisées, il met en relief les méthodes, conservatrices ou radicales, que les auteurs ont utilisées suivant les cas, et, de leur statistique basée sur 108 observations personnelles, se dégage cette notion réconfortante que la gangrène gazeuse vraie, réputée jusqu'à nos temps comme à peu près incurable, peut être désormais vaincue dans la proportion satisfaisante de 62 pour 100 des cas.

En définitive, le livre des Drs Chalier, né d'une collaboration médico-chirurgicale, est à la fois très original et très didactique. Il s'adresse donc non seulement aux chirurgiens de carrière, mais à tous ceux qu'intéresse, de près ou de loin, le devenir de nos blessés.

Devoirs et périls biologiques, par le Docteur Grasset, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Montpellier, associé national de l'Académie de Médecine, 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 10 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Une des principales causes des faiblesses de l'avant-guerre et des criminelles atrocités de la guerre est l'anarchie morale qui régnait dans les sociétés humaines. Il faut qu'après la guerre l'enseignement de la morale individuelle, sociale, internationale, soit repris de tous les côtés, spécialement au nom de la science, autorité actuellement la moins contestée. Cette base positive des sciences morales et sociales, le docteur Grasset croit la trouver dans la *Biologie humaine* ou science de l'homme. Il ne prétend pas que tous les devoirs de l'homme et de la société puissent être ainsi déduits de la seule science expérimentale. Mais il s'efforce de montrer que nombreux et graves sont : d'un côté, les *devoirs biologiques*, c'est-à-dire les devoirs que la Biologie humaine édicte, de l'autre, les *périls* que l'inobservation de ces devoirs crée pour les individus et les sociétés humaines. En somme ce livre est un essai de *morale biologique* et une tentative de prophylaxie et de thérapeutique scientifiques contre les plus terribles fléaux qui menacent, atteignent et détruisent l'humanité actuelle : le suicide, les intoxications volontaires, euphoristiques et habituelles (alcool, morphine, éther, cocaïne...), l'égoïsme individuel et social, l'anti altruisme, l'irrespect et la fausse conception de la famille, la dépopulation, les maladies sociales (tuberculose...) et professionnelles, l'anticivisme, l'antipatriotisme, la démoralisation internationale. Tant qu'on a cherché à rattacher ces devoirs à la science générale de l'univers, on s'est heurté à d'insurmontables difficultés ; celles-ci disparaissent quand on prend pour point de départ scientifique la Biologie humaine qui donne aux sciences morales et sociales une base que la biologie générale ou tout autre science positive est incapable de leur donner.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les engelures

Traitement externe : A. *Engelure non ulcérée* : Au réveil, massage de toute la main (ou de tout le pied) au *Baume Opodeldoch.* Même manœuvre vers cinq heures du soir. Au coucher, baigner main (ou pied) dans du *pétrole* auquel il sera ajouté quelques gouttes de *chlorhydrate d'ammoniaque.*

Ne pas essuyer le membre baigné, mais l'envelopper dans un sachet de toile de fil.

B. *Engelure ulcérée* : Matin et soir, immerger la partie malade, dans une décoction de feuilles de noyer, d'écorce de chêne, de thym.

Panser avec :

Tannin..................	0,15 cgr.
Goménol..................	1 gr.
Eau de roses..................	} ââ 50 gr.
Glycérine..................	

Alterner la préparation précédente avec :

Baume du Commandeur....	} ââ 5 gr.
Baume du Pérou	
Teinture de Tolu..............	20 gr.
Cire vierge..............	20 gr.
Axonge...........Q. s. p.	60 gr.

F. S. A.

Ces ulcérations sont le plus souvent entretenues par le » polymicrobisme » cutané. Aussi chaque 3 jours, après le bain du matin et du soir, assécher avec une gaze stérilisée et saupoudrer le mélange suivant :

Hypochlorite de chaux........	10 gr.
Acide borique pulvérisé.......	90 gr.
	(Vincent)

(A conserver dans un flacon inactinique).

Traitement interne : Pour favoriser la circulation des capillaires :

Sulfate de quinine......	} ââ 0,03 cgr.
Ergotine..............	
Extrait de Kola........	
Poudre de feuilles de digitale..............	0,003 millig.
Extrait de belladone....	0,001 millig.

Pour 1 pilule, 2 à 3 par 24 heures.

Chaque semaine, pendant un, deux, trois mois, alterner :

a) Huile de foie de morue ...... 100 gr. par jour.

b) Sirop iodo-tannique...Q. s. p.	500 gr.
Arrhénal..................	1 gr.
Teinture écorce or. am......	30 gr.

1 cuillerée potage au milieu des deux principaux repas.

c) Sirop d'iodure de fer......... 100 gr. par jour (suivant l'âge).

Traitement physiothérapique : Elévation des bras avec mouvements alternatifs rapides et complets de flexion et d'extension des doigts. Répéter cet exercice, chaque deux heures (biokinétique de Jacquet et Debat).

Pendant deux, trois, quatre ans, aller faire une cure à la Bourboule, Salies-du-Salat, Salies de Béarn, etc.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

La mise en congé sans solde des médecins R. A. T.

Me trouvant encore en convalescence pour deux jours, j'en profite pour vous adresser mes plus chaleureuses félicitations au sujet de la campagne que vous avez faite en faveur des médecins mobilisés de la R. A. T.

Il serait équitable qu'ils soient affectés d'office à l'intérieur, sauf exception pour ceux qui demanderaient leur maintien sur le front pour des raisons diverses.

Je ne comprends pas trop pourquoi on s'arrêterait à la classe 1892 ou à la rigueur à la classe 1893.

Cette relève devrait *englober tous les R. A. T.* sans exception.

Pour ma part, j'appartiens à 1894 et suis malade ; mais je n'ai pu obtenir mon renvoi à l'intérieur, du moins pour le moment et j'ai 26 mois de front.

Je vous demanderai de vouloir bien insister autant qu'il sera en votre pouvoir afin que cette mesure générale aboutisse au plus tôt. Bien des jeunes pourraient nous remplacer utilement.

Dr M...

Réponse

Nous renouvellerons nos démarches auprès du Sous-Secrétariat et nous insisterons pour que la mesure réclamée soit appliquée à tous les médecins R. A. T. qui en feront la demande.

Les affectations ne tiennent pas compte de l'âge

Je monte en secteur aujourd'hui et je relève le médecin du *bataillon de territoriale* que relève mon bataillon. Ce dernier, aide-major, classe 1910, est à son bataillon depuis bientôt 3 ANS. Pendant que nombre de nos confrères de 40 ans, et au-dessus, sont dans un bataillon d'active, je ne puis résister au plaisir de vous citer cet exemple d'un gosse de 27 ans, médecin-chef d'un bataillon isolé de Pépères des classes 1893 à 1897.

Dr K...

Congés de convalescence et permissions de détente

Je vous remercie de la réponse que vous avez bien voulu me faire au sujet de ma permission.

J'ai obtenu satisfaction immédiate du médecin-chef de l'armée qui a arrêté ma juste demande et y a fait droit.

La question est ainsi tranchée : un congé de convalescence chevauchant sur deux quadrimestres de permission ne peut supprimer la permission de détente de l'une ou l'autre période qu'autant que ce congé de convalescence dépasse quinze jours dans la période envisagée.

J'ai tenu à vous faire part de cette solution pour le cas où la question vous serait de nouveau posée. Dr B...

Les médecins sont mis en congé sans solde

J'ai le plaisir de vous annoncer que, père de 12 enfants vivants, et ramené de ce fait de la classe 1892 à la classe 1880, j'ai pu obtenir ma mise en congé sans solde depuis le 25 décembre 1917. (Je suis mobilisé depuis le 1er jour de la guerre).

Je dois ajouter que c'est à votre excellent journal que je dois cette faveur : j'ai pris connaissance, dans le no du 15 novembre 1917, d'une circulaire ministérielle visant mon cas, circulaire qui ne m'était nullement passée sous les yeux, quoique médecin-chef d'un hôpital de l'intérieur.

J'ai demandé aussitôt au directeur du Service de Santé de la Région, qui a appuyé ma demande et j'ai obtenu satisfaction.

Je vous adresse en conséquence mes plus vifs remerciements. Dr H...

Chacun à sa place

La circulaire sur le roulement des médecins n'est bonne qu'autant qu'elle s'appliquera à ceux à qui elle devrait être appliquée, c'est-à-dire aux médecins de l'active et de la réserve de l'active. Nous avons eu le malheur de constater que bien des territoriaux en avaient été victimes, malgré leurs protestations et certains, malgré leur temps passé dans l'infanterie.

J'espère aussi bien que le *Concours* prendra en mains la défense des médecins qui ont droit, de par leur âge, à une autre affectation, en protestant d'abord contre ladite circulaire et en continuant la campagne pour l'affectation des médecins selon l'âge : les vieux à l'arrière et les jeunes à l'avant. Nous savons, quant à nous, où l'on peut trouver les jeunes, beaucoup de jeunes. Dr E...

A propos des compétences

Des listes de spécialistes existent au ministère de la guerre qui auraient été établies et revisées sur garanties. Les nominations aux différents postes seraient faites par le ministère. Le sont-elles exclusivement par lui ? Est-il réglementaire que la Région nomme au poste de médecin-chef de Centre de spécialité, même d'une façon intérimaire, des médecins de son choix ? Les nominations de spécialistes peuvent-elles être ministérielles et régionales ?

Les médecins et la loi Mourier

Abonné d'avant la guerre et encore actuellement au *Concours Médical*, je me crois autorisé à pouvoir vous poser la question suivante en vous demandant de vouloir bien me donner une réponse dans votre journal à la rubrique « Correspondance ».

Quelle est la situation faite par la loi Mourier aux médecins rapatriés d'Allemagne après captivité ? Et un confrère, ayant presque un an de captivité et plus d'un an de présence au front dans un régiment d'infanterie actif, se trouve-t-il à sa place dans un régiment de territoriaux, dit de campagne, et classé dans les unités combattantes puisqu'il tient les tranchées de première ligne ? Dr P..., aide major aux armées.

Réponse

1° La loi Mourier, qui verse dans les unités combattantes, *tous les officiers et assimilés ou fonctionnaires ayant la correspondance de grade, appartenant aux classes 1903 et plus jeunes et n'ayant pas, pendant un an au moins, depuis la mobilisation, servi dans une unité combattante...* excepte de cette disposition les médecins..., tous les mobilisés rentrés d'Allemagne ou des départements envahis pour quelque cause que ce soit ;

2° Mais elle ne dit pas que les officiers qui, avant sa promulgation, appartenaient aux unités combattantes, en seront retirés même s'ils sont visés dans les exceptions citées ;

3° Quel est l'âge et la classe de départ du médecin dont vous nous parlez ?

Encore un oublié.

Etat signalétique et des services du médecin aide-major de 1re classe (A.T.) A. L.

L..., né en 1873, marié, classe de départ 1890, ayant trois enfants.

Services civils. — Externe des hôpitaux de Paris, interne de Saint-Lazare, docteur en médecine en 1899, médecin du collège, médecin-adjoint



de l'hôpital, médecin de l'Assistance médicale, médecin du service de la vaccination.

Services militaires en temps de paix. — Un an de service en 1894-95. Période de 28 jours comme médecin auxiliaire en 1898. Nommé aide-major de 2e classe en 1899. Période de 28 jours comme aide-major de 2e classe en 1900. De 1900 à 1906, a remplacé à plusieurs reprises le médecin-major de l'active et assisté plusieurs fois au Conseil de réforme. Nommé aide-major de 1re classe en 1907. Période de 13 jours en 1910. A partir de janvier 1907, *soins gratuits aux gendarmes.*

Depuis la mobilisation. — Affecté à la Place de V... le 1er août 1914, j'étais envoyé le 6 août 1914 au fort de X... pour remplacer Monsieur le médecin aide-major de 1re classe B... rappelé à l'intérieur ; le 9 septembre 1914, j'ai dû évacuer Monsieur le médecin aide-major V... du fort de Y... et comme il n'a jamais été remplacé, j'ai assuré, à partir de cette époque, avec Monsieur le médecin auxiliaire L..., le service de ces deux forts et aussi le service de nos batteries qui étaient à l'extérieur des forts à une assez longue distance.

En janvier 1915, je fus atteint de rhumatisme polyarticulaire ; je restai quand même au fort et ce ne fut que fin janvier 1915, ayant le poignet et le coude droit pris, que je me fis évacuer.

Soigné à G... en février 1915, je quittai l'hôpital le 1er mars aussitôt que je me sentis un peu mieux, bien que Monsieur le médecin aide-major S... qui me traitait, m'eût conseillé d'attendre.

Après un mois de convalescence, je rentrai à V... en avril 1915 et je fus affecté comme médecin de bataillon au ...e d'infanterie. N'étant pas encore suffisamment rétabli, je fus atteint en fin avril 1915 de rhumatisme goutteux avec hydarthrose du genou droit. Evacué à V... le 22 avril, je quittai l'hôpital le 25 avril et évacué par train sanitaire, je débarquai à C... où je restai jusqu'en mai 1915 ; de là je fus envoyé faire une saison à Amélie-les-Bains. Après un mois de convalescence à V..., je rentrai pour la 3e fois à V... le 20 juillet. Je fus alors affecté à l'infirmerie du secteur et après la suppression de l'infirmerie, je fus envoyé au fort de T...

J'avais fait en septembre 1915 une demande spéciale pour rester aux armées, et malgré tout, je fus relevé en novembre 1915 et envoyé de la zone des armées dans ...e région au lieu d'être affecté dans ma région d'origine.

J'arrivai à M... en novembre 1915 et fus envoyé 8 jours plus tard à C... comme médecin-chef de la Place. Je fus rappelé à la Direction à M... en février 1916 et fus désigné pour le service de la population civile dans les cantons de C..., M..., Saint-L..., et depuis le mois de janvier 1917, j'ai assuré, en plus, le service dans le canton de L..., soit à peu près le service de trois médecins en temps de paix, dans 20 communes ayant une population d'environ 10.000 habitants.

Sur ma demande, j'ai été affecté au détachement du ...e d'infanterie coloniale (Centre d'instruction) à C...

Dr A. L.

Quelques réflexions concernant mon cas au point de vue relève et avancement.

Au point de vue de la relève. — J'ai reçu le 9 septembre 1915 alors que j'étais médecin de l'infirmerie de secteur à F... les deux documents suivants que j'ai toujours. Ils m'étaient envoyés par M. le médecin-chef du G. R. D. N.

Le 1er, envoyé à 9 h. 15. « En exécution ordres ministériels, adressez-moi aujourd'hui même les renseignements suivants : date d'arrivée aux armées, âge, aptitudes spéciales professionnelles, désir exprimé d'être maintenu aux armées ou inversement, région d'origine. Dans le cas où vous désireriez être maintenu aux armées, faire une demande écrite et l'envoyer d'extrême urgence ». J'envoyai ma demande dans la matinée.

Le 9 septembre 1915, à 17 h. 30, je recevais l'ordre suivant : « Refaire sur *papier ministre* votre demande de maintien aux armées dans les termes suivants : J'ai l'honneur de demander à être maintenu aux armées. Sur une autre feuille, m'envoyer les renseignements complémentaires suivants : Marié ? Enfants ? ».

Je refis donc ma demande sur une feuille de papier ministre.

Est-ce parce que j'avais été évacué deux fois, une première fois fin janvier 1915 du fort de G... où pendant 6 mois j'avais assuré un service assez pénible, et une deuxième fois fin avril 1915 après trois semaines comme médecin de bataillon au ...e d'infanterie où j'avais été affecté, quoique incomplètement guéri de la crise de rhumatisme qui avait nécessité ma première évacuation ? En tous cas, j'apprenais le 19 octobre 1915 que j'étais relevé.

J'avais bien demandé à la Direction du Service de Santé à V... si je pouvais permuter pour rester aux armées avec un confrère qui, lui, désidait partir ; il me fut répondu que c'était impossible parce que c'était un ordre ministériel, que la relève était méthodique et obligatoire, que j'avais l'âge voulu et le temps voulu passé au front.

Au lieu d'être envoyé dans la ...e région, ma région d'origine, je fus envoyé dans la ...e région. Après 3 mois passés à A..., je fus envoyé à B... où je restai 21 mois pour le service de la population civile et depuis le 19 novembre 1917, je suis à C...

Au point de vue de l'avancement. — Monsieur le médecin-major de 1re classe V..., médecin-chef de la subdivision, m'a fait établir, en décembre 1915, un état de proposition pour l'avancement alors que j'étais médecin-chef de la Place à A...

Monsieur le médecin-major de 1re classe F..., médecin-chef du Service de Santé, m'a fait également établir un état de proposition pour l'avancement en mai 1916.

Monsieur le médecin-major de 1re classe F...,

médecin-chef du Service de Santé m'a fait, lui aussi, établir un état de proposition pour l'avancement le 31 mars 1917.

Monsieur le médecin-major de 2e classe D..., médecin-chef du Service de Santé, lors de mon départ, m'a fait établir le 15 novembre 1917 un état de proposition pour la Légion d'honneur. Je ne sais s'il a réussi à me proposer pour l'avancement, car ce n'était pas le moment, mais il m'a dit qu'en tout cas, les notes qu'il m'avait données valaient une proposition.

J'ai tout lieu de croire que mon dossier véritable ne m'a pas suivi, ou seulement très tard, de la zone des armées dans la ...e région et que cela m'a été nuisible. Ce qui me le fait supposer, c'est que j'ai appris qu'en octobre 1917, Monsieur le Directeur du Service de Santé de la ...e région avait demandé mes notes à Monsieur le Directeur du Service de Santé de la ...e région.

Je ne sais pas si j'ai jamais eu un feuillet de campagne, mais ce que je sais, c'est que Monsieur le Commandant d'artillerie D... qui était gouverneur de G... lorsque j'y étais, ne l'a jamais eu, et cependant, je suis certain qu'il m'aurait bien noté, car depuis trois ans que je l'ai quitté, je suis resté en très bons termes avec lui et nous correspondons toujours ensemble.

Quant à mes propositions pour l'avancement, je ne sais pas si toutes sont parvenues à la Direction à M..., mais je sais que celle faite par Monsieur P... y est parvenue en avril 1917.

Si je ne connais pas mes notes militaires, je puis en tout cas vous donner connaissance des deux lettres que j'ai reçues de Monsieur H..., Préfet de.. , à la disposition duquel j'avais été mis pour les soins à la population civile.

Le 28 août 1917, Monsieur le Préfet de..., m'écrivait : « Monsieur le docteur L..., médecin aide-major de 1re classe, mis à ma disposition, assure depuis février 1916 le service des populations civiles de 4 cantons dans une région des plus pénibles de..., par suite de l'éloignement des communes et de la difficulté des communications. Son service a été fait d'une façon très régulière et avec un dévouement professionnel qui laissera des regrets lorsque ce praticien quittera C... ».

Dans une dernière lettre datée du 23 octobre 1917, Monsieur le Préfet m'annonce que sur mon acceptation, un confrère civil doit assurer le service dans un de mes quatre cantons. Il ajoute : « Je vous exprime tous mes remerciements pour le concours précieux que vous avez bien voulu me témoigner et qui m'a permis de maintenir dans les circonstances présentes le fonctionnement d'un service si important ».

Dr L.

L'insigne spécial des médecins de complément.

Je ne sais qui réclamait dernièrement un insigne spécial pour les médecins.

Un médecin, disait-il, ne doit pas être assimilé aux autres officiers. Ce qui est très vrai. Il faut donner aux médecins une solde déterminée et un insigne spécial, et ne plus parler ni d'avancement, ni d'ancienneté.

Ces sages paroles ont reçu satisfaction, tout au moins en ce qui concerne les médecins de complément.

Il suffit de regarder autour de soi, et dès que l'on voit apparaître un officier porteur de deux galons sur velours rouge, quel que soit l'âge qu'il semble porter — de 25 à 50 ans — on peut affirmer que l'on est en présence d'un médecin de complément (je ne dis pas d'un docteur en médecine).

Ainsi donc, n'oubliez pas ce nouvel insigne : deux galons sur velours rouge. La solde uniforme des gens de cette catégorie est de 301fr.50 par mois.

N. D. Quelques militaires porteurs de 3 ou de 4 galons prétendent être des médecins de complément. Ne les contrariez pas ; mais en réalité, ce sont d'anciens médecins de l'Empire.

P. S. Mon ami le Docteur L..., homme de 40 ans et médecin des asiles, ne porte que la moitié de l'insigne : un simple galon sur velours. S'il vous écrit pour réclamer, faites attention, je crois qu'il ne doit être Docteur en médecine qu'à 8 inscriptions. En effet, les simples étudiants à 16 inscriptions ont tous actuellement l'insigne à deux galons.

Dr Ch.., de Paris, en campagne.

Ceux qui peuvent parler doivent le faire

Vous savez que je suis un de vos fidèles, étant du *Concours* depuis ma thèse — 1903 — , et je profite de l'occasion pour vous dire que, loin d'être parmi les mécontents (que vous avez accusés récemment), j'apprécie au contraire beaucoup les efforts que vous faites pour la défense du corps médical. La mobilisation avait désorganisé la plupart de nos organisations professionnelles, il est bien heureux que le *Concours* ait pu continuer à être et à agir.

Les Syndicats ne font rien, disent certains ; ils devraient faire entendre leur voix ! Oui, mais comment ?

Exemple : notre syndicat ; tous les militants dont j'étais, sont mobilisés, j'ai même perdu la trace de la plupart d'entre eux. Que peut-on faire, dans ces conditions, surtout quand on appartient à la « grande muette » ?

Voilà pourquoi j'estime qu'il est bon que ceux qui peuvent parler le fassent, dussent quelques-unes de leurs idées déplaire à certains. Dr D.

Demandes et Offres (*Suite*)

N° 19. — A céder à Montréal (Canada), belle et importante clientèle. Situation annuelle de 5 à 6000 dollars.

—

N° 20. — Bonne et ancienne clientèle à céder à 1 heure de Paris. Quelques fixes. Indemnité modérée à débattre.

—

N° 21. — A vendre cause décès : 1° un fauteuil roulant, roues caoutchouc état neuf 250 frs ; 2° un phaéton 4 places 600 frs ; 3° une jument baie 8 ans, très sage 1250 frs ; 4° un cheval blanc, taille moyenne, très robuste, 14 ans, 450 frs. Dr Daum, St-Claude Jura.

—

N° 22. — Docteur libre l'après-midi cherche à Paris situation dans clinique, remplacerait ou aiderait confrère dans clientèle.

—

N° 23. — A vendre : 1° selle anglaise transformable en selle d'armes, complète, avec fontes et sacoches ; 2 Bride réglementaire neuve. Méd. maj. Vanheeger, G B D 25. S. P. 100.

—

N° 24. — Médecin recherche bonne clientèle à prendre gratuitement centre sud-est ou sud-ouest.

—

N° 25. — Docteur mis en congé, 7 enfants, recherche bon poste, de préférence avec fixes. Régions Nord ou Ouest.

Petite correspondance

Dr A... à *Mutualité Familiale*. — J'ai reçu votre envoi et je remercie notre société de toutes les facilités qu'elle m'a données pour la régularisation de ma situation à ma rentrée dans la vie civile. C'est là une preuve de plus de la solidité et de la bienveillance de toutes les œuvres du *Concours Médical*.

Dr F... à C. *Demande*. — Depuis 3 mois, très régulièrement, je reçois mon bon d'essence, et depuis 3 mois, non moins régulièrement, la Préfecture me prévient qu'il n'y a plus d'essence.

Or, et je ne suis pas le seul dans ce cas, sous huit jours je vais être obligé de faire afficher que, faute d'essence, puisque le gouvernement refuse de

Suite page XIV.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Au Sous-Secrétariat du Service de Santé

Un événement important vient de survenir au Sous-Secrétariat du Service de Santé.

M. Justin Godart, qui détenait les fonctions de Sous-Secrétaire d'Etat, depuis la création de cet organisme, vient de donner sa démission.

Il avait vu tomber et se succéder les Ministères, sans que sa situation s'en soit trouvée modifiée. Bien que fortement combattu, au sein même du Parlement, où il fut souvent et vigoureusement pris à partie, il avait résisté à tous les assauts, et le Président Clémenceau, qui passait pour ne pas l'avoir précisément en « *odeur de sainteté* », le maintint néanmoins à son poste, lors de la formation de son Ministère.

Il part, sur un geste diversement apprécié, à propos d'une affaire scandaleuse qui n'est pas particulièrement reluisante pour les autorités médico-militaires qui ont permis, par leur négligence, non pas tant qu'elle soit née, peut-être, que d'avoir duré si longtemps...

L'heure n'a pas encore sonné de porter un jugement, même sommaire, sur l'œuvre de M. Justin Godart au Service de Santé.

Ici, — et d'aucuns nous l'ont assez reproché ! — nous avons toujours rendu hommage aux excellentes intentions dont il parut généralement animé envers le corps médical mobilisé, et qui se traduisirent par des mesures plutôt heureuses, dont certaines ne nous furent pas absolument étrangères.

Par contre, nous avons toujours déploré la façon dont ces mesures étaient habituellement appliquées. Si le principe en était excellent, leur mise en pratique apparaissait trop souvent défectueuse, — les questions de personnes y jouant généralement un rôle déplorable, d'une part, — et d'autre part, les différents échelons hiérarchiques chargés de l'exécution des prescriptions ministérielles n'y mettant pas toujours la bonne volonté nécessaire.

Deux grosses questions ont dominé les préoccupations des praticiens mobilisés, « *Justin Godart regnante* » : 1° le souci de la réalisation équitable de la formule : *les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière* ; 2° l'avancement des aides-majors de 1re classe. Questions trop souvent résolues dans un sens désagréable à nos confrères.

Or, voilà que par un heureux hasard, la succession de M. J. Godart est confiée à M. le Dr Mourier, le père de la fameuse formule rappelée plus haut.

Est-ce se montrer trop exigeant que de lui exprimer le souhait respectueux d'une action énergique, dans le sens même qu'il n'a cessé de préconiser, jusqu'à lui faire donner la force d'une loi qui porte justement son nom ?

Serons-nous mal fondés, en nous adressant à M. le Sous-Secrétaire d'Etat Mourier, comme à un confrère ? Comme à un confrère averti des légitimes desiderata de tant de médecins, qui piétinent indéfiniment dans les plus bas grades de la hiérarchie, malgré leurs titres et leurs états de service, alors qu'ils voient leur *passer sur le dos* des médecins dont les mérites professionnels n'ont peut être pas une valeur suffisante, tel, par exemple, ce docteur en médecine en rupture de forceps et de bistouri qui, depuis des années et des années, aurait tenu magistralement le bâton de chef d'orchestre dans une de nos plus réputées villes d'eaux, ce qui, à défaut du grade de chef de musique de 1re classe, lui aurait valu récemment le 3e galon médico-militaire ?

Bornons-là nos espoirs, à l'heure où nous saluons l'arrivée d'un médecin à la tête du Service de Santé.

Ajoutons toutefois que M. le Dr Mourier serait particulièrement bien inspiré s'il adjoignait, aux médecins militaires de carrière de son Cabinet, un médecin qui ne soit qu'un simple et modeste praticien, sans d'autre titre officiel que d'être le représentant autorisé des praticiens, ses confrères, bien au courant des questions de défense professionnelle, et capable de faire entendre une voix ferme, en faveur des milliers de braves médecins qui furent souvent à la peine, mais à qui, par contre, les honneurs ne furent pas toujours impartialement dispensés.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

17686. — M. Jean Locquin, député, demande à M. le ministre de la guerre si les docteurs en médecine, médecins auxiliaires du service auxiliaire, faisant fonction de médecins traitants dans les hôpitaux complémentaires, touchant la solde d'aide-major de 2e classe en vertu de l'article 91, sur l'utilisation des ressources du territoire doivent être considérés comme étant à solde mensuelle ; si on doit leur retenir par ces temps de vie chère, 15 fr. par mois depuis l'établissement de la haute paye ; si, enfin, ils ont droit aux galons de sous-aide-major. (*Question du 19 s ptembre* 1917)

2° *réponse.* — 1° L'allocation d'une indemnité payable sur les fonds du service de santé aux docteurs en médecine, médecins auxiliaires, faisant fonctions de médecins traitants dans les hôpitaux complémentaires, ne modifie en rien la situation des intéressés qui sont soumis au point de vue de la solde et des autres allocations auxquelles ils ont droit comme hommes de troupe, à toutes les dispositions réglementaires concernant les militaires de leur grade. En conséquence, ces militaires sont, suivant les cas, soit à solde journalière, soit à solde mensuelle ; s'ils se trouvent dans les conditions voulues, ils doivent recevoir la haute paye de guerre et constituer leur pécule ; 2° depuis la mise en vigueur de l'instruction du 11 juin 1917, dont les dispositions ont été maintenues par l'article 27 de l'instruction du 15 septembre 1917, les docteurs en médecine du service auxiliaire peuvent être nommés médecins aide-majors de 2e classe, à titre temporaire, pour la durée de la guerre. (*J. O.*, 1er novembre 1917.)

17746. — M Pacaud, député, expose à M. le ministre de la guerre que les médecins des plus vieilles classes qui en ont fait la demande ont été relevés de la zone des armées pour être renvoyés à l'intérieur, à proximité de leur résidence, et lui demande s'il ne serait pas équitable d'appliquer la même mesure aux médecins déclarés inaptes appartenant aux mêmes classes et mobilisés dans la zone des armées. (*Question du 21 septembre* 1917).

Réponse. — Les médecins appartenant aux classes 1888 et plus anciennes et mobilisés dans la zone des armées ne sont pas exclus du bénéfice de la réglementation invoquée par l'honorable député. (*J. O.*, 25 octobre 1917.)

17810. — M. Antoine Borrel, député, demande à M. le ministre de la guerre si les dispositions de la circulaire n° 564 Ci/7 concernant l'affectation au lieu le plus rapproché de leur résidence d'avant-guerre, des officiers du service de santé appartenant ou assimilés aux classes 1888 et plus anciennes, sont applicables aux médecins et pharmaciens auxiliaires. (*Question du 25 septembre* 1917.)

Réponse. — Réponse affirmative. (*J. O.*, 24 octobre 1917.)

18067. — M. Emile Vincent (Côte-d'Or), député, demande à M le ministre de la guerre si la circulaire du 20 août 1917, relative à l'envoi aux armées des officiers du service de santé inaptes à faire campagne, s'applique aux médecins auxiliaires, du service auxiliaire, alors que, d'autre part, la circulaire du 26 décembre 1916 prescrit que les sous-officiers (catégorie à laquelle appartiennent les médecins auxiliaires), caporaux et soldats du service auxiliaire, appartenant aux classes 1903 et plus anciennes, ne doivent pas être envoyés dans la zone des armées. (*Question du 5 octobre* 1917.)

Réponse. — Réponse affirmative. (*J. O.*, 24 octobre 1917.)

17988. — M. Carré-Bonvalet, député, demande à M. le ministre des finances si, au moment où la taxe des automobiles va être doublée, il ne serait pas possible d'envisager la possibilité d'exonérer d'impôt les automobiles garées des médecins mobilisés, lesquels ont dû, jusqu'à présent, acquitter leurs contributions malgré qu'ils n'aient pu s'en servir. (*Question du 4 octobre* 1917.)

Réponse. — La contribution sur les voitures automobiles est, d'après la loi, exigible de tout possesseur d'une voiture sujette à cette taxe, alors même qu'il serait temporairement empêché d'en faire usage. L'exonération demandée par M. Carré-Bonvalet est donc impossible, puisqu'elle serait contraire aux dispositions législatives en vigueur. (*J. O.*, 26 octobre 1917.)

18062. — M. Marius Moutet, député, demande à M. le ministre de la guerre si les officiers de complément des classes 1888 et 1889 mobilisés comme sous-officiers et soldats qui ont obtenu leur grade depuis la mobilisation, peuvent donner leur démission pour bénéficier des mesures prises en faveur des hommes de leur classe. (*Question du 5 octobre* 1917.)

Réponse. — Réponse négative. (*J. O.*, 23 octobre 1917.)



La Blédine a pour base la partie du froment la plus riche en phosphates organiques
Blédine
JACQUEMAIRE
La Blédine ne contient pas de cacao, pas d'excès de sucre, aucun élément constipant
La Blédine facilite la digestion du lait, augmente sa valeur nutritive
Aliment rationnel des Enfants
ÉCHANTILLONS ET FEUILLES DE PESÉES
Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (RHONE)
La Blédine est entièrement digestible et assimilable dès le premier âge

PARTIE PROFESSIONNELLE

LÉGISLATION FISCALE

Les impôts sur les revenus. L'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales. L'impôt général sur le revenu global.

I

LOI DU 31 JUILLET 1917

TITRE IV

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales

ARTICLE 30.— Les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commercants et de toutes occupations ou exploitations lucratives non soumises à un impôt spécial sur le revenu sont assujettis à un impôt annuellement établi à raison du bénéfice net de l'année précédente constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

ART. 31.— L'impôt ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant la somme de :

1,500 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de moins de 10.001 habitants ;

2000 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de 10.001 à 100.000 habitants ;

2.500 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de plus de 100.000 habitants ;

3000 francs si le contribuable est domicilié à Paris, dans le département de la Seine et dans les communes de la banlieue dans un rayon de 25 kilomètres des fortifications de Paris.

En outre, pour le calcul de l'impôt, la fraction du bénéfice net comprise entre le minimum exonéré et la somme de 5000 francs est comptée seulement pour moitié.

Le taux de l'impôt est fixé à 3,75 %.

ART. 32.— L'impôt est dû dans la commune où le contribuable a son domicile au 1er janvier de l'année de l'imposition.

ART. 33.— Toute personne passible de l'impôt à raison des bénéfices réalisés dans l'exercice de l'une des professions visées à l'art. 30 est tenue de produire dans les 3 premiers mois de chaque ennée une déclaration du montant de ses bénéfices.

ART. 34.— La déclaration est adressée au contrôleur des contributions directes du lieu du domicile du contribuable. Il en est délivré récépissé.

ART. 35.— Le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre du bénéfice déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact. Dans ce dernier cas, il peut le rectifier, mais il fait alors connaître à l'intéressé, avant d'établir l'imposition, le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement, dans un délai de 20 jours. Si le désaccord persiste, le contribuable conserve le droit de contester après l'établissement du rôle le chiffre arrêté par le contrôleur. Le tribunal saisi du litige apprécie les motifs invoqués par l'Administration et par le contribuable en tenant compte, s'il y a lieu, des obligations du secret professionnel et fixe la base de l'imposition.

ART. 36.— Tout contribuable astreint à la déclaration prévue par l'art. 33 qui ne souscrit pas cette déclaration dans les trois premiers mois de l'année, est invité par le contrôleur à la produire dans un nouveau délai de vingt jours, passé lequel le bénéfice imposable est déterminé d'office, sauf réclamation du contribuable après l'établissement du rôle. Mais dans ce cas, l'impôt est majoré de moitié.

ART. 37.— En cas de déclaration reconnue inexacte, l'impôt est porté au double sur la portion du bénéfice dissimulée. Cette majoration n'est toutefois applicable que si l'insuffisance constatée est supérieure au dixième du bénéfice réel ou si elle excède 10.000 francs.

Si l'insuffisance est découverte après l'établissement du rôle, un supplément de cotisation peut être réclamé au contribuable soit dans l'année même de l'imposition, soit au cours des cinq années suivantes.

Note du ministère des finances
Décembre 1917

... Une déclaration spéciale n'est pas nécessaire quand le contribuable produit une déclaration pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu, celle-ci devant contenir en particulier l'indication distincte du montant des revenus de professions non commerciales.

COMMENTAIRES

Les contributions personnelle-mobilière, des portes et fenêtres et des patentes sont supprimées, toutefois, d'après l'article 44 de la loi :

Jusqu'au vote d'une loi spéciale établissant des taxes nouvelles de remplacement, les centimes départementaux et communaux portant sur les anciennes contributions personnelle-mobilière, des portes et fenêtres et des patentes continueront provisoirement d'être établis et perçus d'après les règles précédemment en vigueur...

En remplacement du prélèvement antérieurement effectué au profit des communes sur le principal de la contribution des patentes, huit centimes portant sur cette contribution seront, chaque année, ajoutés d'office aux impositions votées par les conseils municipaux en vertu des lois en vigueur.

Il ressort de ceci que le médecin recevra, comme précédemment, un avertissement, mais

portant seulement les impôts qu'il aura à payer au département et à la commune d'après les anciennes contributions et que, ultérieurement, il recevra un autre avertissement portant la contribution due à l'Etat seul d'après la nouvelle loi des finances.

Le médecin doit faire sa déclaration avant le 1er avril, mais il n'est pas tenu à deux déclarations ; s'il fait une déclaration pour l'impôt général sur le revenu, il n'est pas tenu à une déclaration spéciale pour l'impôt cédulaire.

La déclaration doit porter sur les *recettes* professionnelles effectuées au cours de l'année précédente et *les dépenses* professionnelles effectuées au cours de la même année.

Le médecin sera donc obligé de tenir état de ses recettes comme de ses dépenses en vue de la justification de sa déclaration. Il ne pourra invoquer le secret professionnel puisque ce dernier est spécialement réservé par la loi.

Dans les dépenses professionnelles, il faut ranger :

1° Le loyer et l'entretien des locaux professionnels (cabinet, salle d'attente, écurie, remise) ;

2° Les frais d'achats d'instruments, de livres et de journaux de médecine, de pharmacie (s'il y a lieu) ;

3° Les frais de domestiques professionnels (cocher, chauffeur) gages et nourriture ;

4° Les frais de locomotion (cheval, voiture, automobile, bicyclette).

Pour ces derniers, il n'y a pas de contestation possible en ce qui concerne les frais d'entretien annuels, mais on peut se demander comment on devra procéder en cas d'acquisition.

La réponse est simple ; il faudra porter comme dépenses de l'année le prix du cheval, de la voiture, de l'automobile, de la bicyclette — sous déduction, bien entendu, du prix de revente s'il s'agit d'un échange.

Il résultera de ce fait que les déclarations pourront varier considérablement d'une année à l'autre — et les contrôleurs se préoccupent de cette situation — mais il est impossible de procéder autrement. Comment en effet faire porter l'amortissement de la dépense d'achat sur un nombre x d'années, quand le cheval peut avoir besoin d'être changé, quand la voiture, l'automobile ou la bicyclette peut être démolie par un accident peut-être le lendemain de la déclaration, quand le médecin lui-même peut mourir tout d'un coup ?

Mais il sera nécessaire, quand le fait se produira, de spécifier dans la déclaration la cause de l'augmentation soudaine des dépenses afin d'éviter toute contestation du contrôleur qui pourrait avoir tendance à adopter une moyenne de dépenses annuelles à peu près constante pour chaque contribuable. Cette conception lui éviterait sans doute un surcroît de travail, mais le médecin ne peut l'accepter parce qu'il lui est matériellement impossible d'établir cette moyenne — et plus encore, au moment où la loi entre seulement en application.

Il va de soi que, pour le médecin qui débute, toutes les dépenses de première installation figureront comme dépenses de la première année, et, si ces dépenses sont supérieures aux recettes, il conviendra de reporter l'excédent à l'année suivante.

D'ailleurs la loyauté des déclarations sera toujours le moyen le meilleur d'éviter les conflits.

A. GASSOT.

II

Depuis la promulgation de la loi du 31 juillet 1917, les impôts sur les revenus forment un tout complet, auquel, en principe, aucun revenu ne doit échapper.

Toutes les catégories de revenus de chaque contribuable et leur total, qui constitue son revenu global, font l'objet d'une déclaration unique qui doit être remise ou envoyée, sous pli affranchi, dans les trois premiers mois de chaque année, au contrôleur spécial des contributions directes du lieu où le contribuable a sa résidence unique ou, s'il a plusieurs résidences, son principal établissement.

Cette déclaration peut être faite, sans que cela soit cependant obligatoire, sur une formule imprimée qui est délivrée, sur demande, dans les mairies, en même temps qu'une note explicative sur l'application des impôts sur les revenus et une feuille de déclaration concernant les charges de famille. Cette dernière feuille intéresse seulement les contribuables qui ont à leur charge des ascendants ayant plus de 70 ans, ou infirmes, ou des descendants ou enfants adoptés ou recueillis par eux, âgés de moins de 21 ans ou infirmes.

En suivant la formule de déclaration délivrée par l'administration fiscale, nous allons donner les indications qui nous sembleront devoir être plus particulièrement utiles aux médecins.

Le contribuable a d'abord à inscrire ses nom et prénoms, son domicile, sa profession, puis, s'il est marié, la date et le lieu de son mariage.

S'il a des personnes à sa charge, il lui suffira d'écrire sur la feuille déclaration générale : « Voir feuille ci-jointe » et de joindre à cette déclaration la feuille spéciale aux dégrèvements pour charges de famille.

Sous le § III, le contribuable inscrira les indications sollicitées par la formule de déclaration concernant les membres de sa famille, habitant avec lui, dont il entendrait ne pas tota-



PNEUMONIE

Son issue fatale est due à une intoxication progressive ou à un obstacle d'ordre mécanique qui s'oppose à la respiration et à la circulation. :: ::

(OSLER, Professeur à Oxford.)

N'importe quel agent thérapeutique, susceptible de précipiter l'élimination des toxines (pour soulager la dyspnée, la cyanose et provoquer une meilleure circulation) est nettement indiqué.

OR l'



GLYCÉROPLASME MINÉRAL
A CHALEUR DURABLE

(GLYCÉRINE, SILICATE D'ALUMINE, ACIDES BORIQUE ET SALICYLIQUE, ESSENCES)

en application sur le thorax active la circulation dans les capillaires et les dilate; à cause des propriétés hydrophiles et osmotiques de la glycérine, elle favorise l'élimination des toxines. D'où soulagement du cœur droit, amélioration de la dyspnée. C'est un adjuvant précieux du traitement, démontré par la clinique. :: :: :: :: ::

MODE D'EMPLOI :

Chauffer la boîte au bain-marie, remuer avec une spatule ou couteau à bout rond pour répartir la chaleur. Appliquer chaud en couche épaisse d'un demi-centimètre, directement sur la peau ; recouvrir d'ouate. Laisser en place 24 à 36 heures. :: ::

Tenir les boîtes à l'abri de l'humidité, pour que la pâte donne son maximum d'effet.

QUATRE FORMATS DE VENTE :

1. **250** gr. Prix **3.** »
2. **500** gr. — **4.50**
3. **1.000** gr. — **7.50**
4. **2.000** gr. — **15.** »

IMPOT EN SUS

BOITES D'ESSAI ET LITTÉRATURE A MM. LES DOCTEURS

Une boîte Format III doit être utilisée pour l'enveloppement du thorax d'un adulte.

EN VENTE DANS LES PHARMACIES

VENTE EN GROS : **Laboratoire de l'Antiphlogistine**
B. TILLIER, PHARMACIEN DE 1re CLASSE
116, Rue de la Convention :: PARIS (XVe)
Téléphone : Saxe 40-89 :: Adresse télégraphique : ANTIPHLO-PARIS

Petite Correspondance (Suite)

m'en fournir, et des défauts de moyen de locomotion, je vais être obligé de cesser mes visites.

Je crois que, comme effet, ce serait déplorable, d'autant que tout le monde sait qu'il y a de l'essence : les poilus en permission qui parlent du gaspillage du front, et ceux qui, chaque jour, voient passer des autos de luxe.

Et pourtant, il faudrait prélever bien peu d'essence pour alimenter les autos du Corps médical.

Réponse. — Si vous assurez un service public, tel que : Inspection des enfants du premier âge, Assistance gratuite, épidémies, etc., prévenez le Préfet que, faute d'essence vous allez vous voir forcé de suspendre l'accomplissement de ces différents services, et que vous dégagez votre responsabilité à cet égard, s'il ne vous en fait pas délivrer.

Dans le département de l'Oise, les médecins qui se trouvent dans ce cas, perçoivent l'essence qui leur est nécessaire.

liser les revenus avec les siens pour l'établissement de l'impôt.

Le § IV est affecté à l'indication, *obligatoirement détaillée*, des revenus par catégories.

La formule comporte 8 catégories de revenus :

1° *Revenus des propriétés foncières bâties* ;

2° *Revenus des propriétés foncières non bâties*.

Pour ces deux catégories, le contribuable peut déclarer, à son choix, le revenu réel ou le revenu imposable qui sert de base à la contribution foncière. Le revenu réel est, bien entendu, le revenu *net*, déduction faite des frais et dépenses qui grèvent spécialement le revenu brut effectivement encaissé, à l'exception cependant des contributions directes, qui font l'objet d'une déduction spéciale ainsi qu'on le verra ci-après.

3° *Revenus des valeurs et capitaux mobiliers*. — Cette catégorie comprend les sommes réellement touchées au cours de l'année, non compris les impôts déduits du revenu brut, le plus généralement au moment du paiement.

4° *Bénéfice de l'exploitation agricole* ;

5° *Bénéfices industriels et commerciaux* ;

6° *Bénéfices de l'exploitation minière* ;

7° *Traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères*.

Pour ces diverses catégories, qui n'intéressent certainement qu'un petit nombre de médecins, le contribuable trouvera dans la notice officielle des renseignements assez complets.

8° *Bénéfices des professions non commerciales*. — C'est dans cette catégorie que sont compris les revenus des professions libérales, et notamment de la profession médicale.

Nous ne répéterons pas, sur la manière d'établir ce revenu *net*, les explications que nous avons données il y a deux ans à la veille de l'application de l'impôt général sur le revenu (1) auxquelles nous n'avons d'ailleurs rien à ajouter ni à retrancher.

L'impôt établi par la loi du 31 juillet 1917 sur les bénéfices des professions non commerciales n'est dû que lorsque le bénéfice imposable excède :

1.500 fr. si le contribuable est domicilié dans une commune de moins de 10.001 habitants ;

2.000 fr. s'il est domicilié dans une commune de 10.001 à 100.000 habitants ;

2.500 fr. s'il est domicilié dans une commune de plus de 100.000 habitants ;

3.000 fr. s'il est domicilié à Paris, dans le département de la Seine ou dans une commune de la banlieue dans un rayon de 25 km. des fortifications de Paris.

Si le contrôleur est en désaccord avec le contribuable sur le chiffre de la déclaration, il lui fait connaître les motifs pour lesquels il ne croit pas pouvoir l'accepter et l'informe du chiffre auquel il se propose de fixer la base d'imposition.

Dans le délai de 20 jours à compter de cette notification, le contribuable peut présenter ses observations orales ou écrites. Puis le contrôleur arrête la base de taxation, sous réserve du droit, pour le contribuable, de réclamer après l'établissement du rôle.

Le contribuable qui n'a pas souscrit la déclaration dans les trois premiers mois de l'année, est invité par le contrôleur à la produire dans un nouveau délai de 20 jours. S'il ne défère pas à cette invitation, son bénéfice imposable est évalué d'office et sa cotisation majorée de moitié.

Pour le calcul de l'impôt, la fraction du revenu n'excédant pas le minimum imposable est entièrement exonérée, la fraction comprise entre ce minimum et 5.000 fr. est comptée pour moitié, et le surplus pour la totalité.

Sur le total des sommes ainsi obtenues, l'impôt est calculé au taux de 3,75 pour cent.

Lorsqu'une déclaration est reconnue inexacte, l'impôt est doublé sur la fraction du bénéfice dissimulée. Cette pénalité n'est applicable que si l'insuffisance constatée est supérieure au dixième du bénéfice imposable ou si elle dépasse 10.000 fr.

En créant les nouveaux impôts cédulaires sur les revenus, la loi du 31 juillet 1917 a supprimé, à partir du 1er janvier 1918, les principaux des contributions personnelle-mobilière, des portes et fenêtres et des patentes, ainsi que les centimes additionnels sur ces principaux, établis au profit de l'Etat.

Mais les centimes départementaux et communaux portant sur ces trois anciennes contributions continueront provisoirement d'être établis et perçus d'après les règles précédemment en vigueur. Il y aura donc encore, pendant un provisoire dont il est difficile de prédire la durée, des rôles de personnelle-mobilière, de portes et fenêtres et de patentes, et les contribuables continueront à recevoir les feuilles auxquelles ils sont accoutumés. Les chiffres qu'elles porteront seront simplement moins élevés.

Réductions pour charges de famille. — Sur les nouveaux impôts institués par la loi du 31 juillet 1917, et notamment sur l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, ainsi que sur l'impôt foncier, sont opérées des réductions fixées à 5 % pour une personne à la

(1) L'article paru à cette époque a été publié, le numéro du *Concours médical* qui le contenait étant épuisé, en une brochure intitulée « L'impôt sur le revenu, son application au revenu de la profession médicale », dont le prix est de 0,50 c. franco.

charge du contribuable, 10 % pour 2 personnes, 20 % pour 3 personnes, 30 % pour 4 personnes, 40 % pour 5 personnes, 50 % pour 6 personnes ou plus.

Pour bénéficier de ces réductions, le contribuable doit joindre à la déclaration principale la déclaration spéciale dont nous avons déjà parlé.

Le total des 8 catégories que nous venons de passer en revue constitue le revenu global du déclarant soumis à l'impôt général, dont nous parlerons plus loin, et auquel se superpose l'impôt cédulaire qui vient d'être envisagé.

De ce revenu peuvent être déduites les charges qui font l'objet des 3 paragraphes suivants du modèle de la déclaration.

§ V. — *Intérêts des dettes contractées ou des arrérages de rentes payés à titre obligatoire.*

§ VI. — *Contributions directes et taxes assimilées.* — Outre les autres impôts directs et taxes assimilées, qui doivent y être énumérés avec tous les renseignements que comporte le tableau établi par l'administration fiscale, les impôts sur les revenus de l'année précédente ont leur place marquée dans ce paragraphe.

§ VII. — *Pertes résultant d'un déficit d'exploitation.* — Contrairement à ce que nous avions indiqué dans notre première étude sur l'impôt sur le revenu, les professions commerciales peuvent, paraît-il, être admises à déduire de leur revenu global des pertes d'exploitation. Bien que susceptibles de se produire moins souvent dans l'exercice de la profession médicale que dans le commerce ou l'industrie, ces pertes d'exploitation ne sont pas, en effet, absolument impossibles. Les circonstances nées de la guerre peuvent malheureusement suffire à les expliquer.

On comprend facilement aussi que le médecin qui a subi une condamnation en dommages-intérêts non couverte par une assurance pour responsabilité civile, peut voir le résultat de son exercice de l'année se traduire par une perte.

Il peut en être de même du médecin qui aurait amorti en une seule année l'achat d'une automobile, par exemple.

§ VIII. *Récapitulation.* — En déduisant du total du § IV celui des charges portées aux §§ V, VI et VII, on obtient le revenu net global.

Après ce calcul, il ne reste au déclarant qu'à dater et signer sa déclaration, à la remettre ou à l'envoyer au contrôleur, qui aura à faire le calcul de l'impôt général sur ce revenu global.

Du revenu global, l'Administration retranchera :

1° Si le contribuable est marié, 2.000 francs ;

2° S'il a des personnes à sa charge, 1000 fr. par personne jusqu'à la 5e inclusivement et 1500 fr. par personne en sus de la 5e.

La portion du revenu, ainsi diminué, inférieure à 3000 fr. est entièrement exonérée.

Puis l'impôt est calculé en comptant pour :

1/10e	la fraction	comprise entre	3.000	et	8.000
2/10e	—	—	8.000	et	12.000
3/10e	—	—	12.000	et	16.000
4/10e	—	—	16.000	et	20.000
5/10e	—	—	20.000	et	40.000
6/10e	—	—	40.000	et	60.000
7/10e	—	—	60.000	et	80.000
8/10e	—	—	80.000	et	100.000
9/10e	—	—	100.000	et	150.000

Et pour la totalité la fraction excédant 150.000 francs.

Le taux actuel de l'impôt, fixé par la loi du 31 juillet 1917, est de 12,50 %. Mais le gouvernement propose de le porter, avant la lettre, à 14 % et, vu les circonstances, cette proposition a les plus grandes chances d'être adoptée... en attendant mieux.

Le montant de l'impôt, ainsi calculé, est réduit, s'il y a lieu, de 5 % pour une personne à la charge du contribuable, 10 % pour 2 personnes, 20 % pour 3 personnes, et ainsi de suite, chaque personne au delà de la 3e donnant droit à une nouvelle réduction de 10 %, sans que la réduction puisse être au total supérieure à la moitié de l'impôt.

Délais de déclaration. — La déclaration doit être produite dans les trois premiers mois de chaque année.

Cependant, des délais supplémentaires peuvent être accordés aux contribuables, mobilisés ou non, qui se trouveront, par suite de force majeure, empêchés de faire leur déclaration dans le délai de droit commun.

La déclaration, une fois souscrite, est considérée comme maintenue chaque année tant qu'elle n'a pas été renouvelée ou retirée. Lorsqu'un contribuable estime qu'il n'est pas passible de l'impôt, il peut en produire l'affirmation dans le délai de déclaration.

Taxation d'office. — Le contribuable qui ne produit pas de déclaration dans le délai légal ou qui s'abstient de répondre à la demande d'éclaircissements du contrôleur est taxé d'office.

En cas de désaccord avec le contrôleur, le contribuable ne peut obtenir la décharge ou la réduction de la cotisation qui lui a été assignée d'office qu'en apportant toutes les justifications de nature à faire la preuve du chiffre exact de son revenu, et il supporte les frais de l'instance, y compris ceux d'expertise, s'il y a lieu, à moins que le chiffre de son revenu établi par la juridiction compétente ne soit pas supérieur de plus de 10 % au montant du revenu déclaré par lui.

Majorations et suppléments d'impôts.— Le montant de l'impôt dû par le contribuable qui n'a pas souscrit de déclaration dans le délai fixé est majoré de 10 %. Cette majoration concerne l'impôt général sur le revenu global et non l'impôt spécial sur le revenu des professions non commerciales, pour lequel nous avons vu plus haut qu'un autre régime est applicable.

A défaut de déclaration régulièrement produite, le contribuable n'a pas droit à la déduction des charges qui peuvent grever son revenu global : dettes, impôts et pertes résultant d'un déficit d'exploitation.

Quand une déclaration est reconnue insuffisante, l'impôt correspondant au revenu non déclaré est majoré de moitié, si l'insuffisance est inférieure au dixième du revenu total.

Le supplément de cotisation en cas d'insuffisance d'imposition peut être réclamé dans l'année de l'imposition et au cours des cinq années suivantes.

Justifications et secret professionnel.— Pour l'établissement de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions libérales comme de l'impôt général sur le revenu global, la loi et les décrets prononcent les mots d'*éclaircissements*, de *justifications*, que le contribuable peut ou doit fournir au fisc. Mais rien n'oblige, en réalité, le médecin à fournir aucun document, aucun livre de comptabilité, aucune pièce quelconque.

L'article 35 de la loi du 31 juillet 1917 contient la disposition suivante : « Le tribunal saisi du litige apprécie les motifs invoqués par l'Administration et par le contribuable en tenant compte, s'il y a lieu, des obligations du secret professionnel et fixe la base d'imposition. »

Les mots « s'il y a lieu » doivent s'entendre en ce sens que le secret professionnel devra être respecté par le tribunal si le contribuable est tenu à ce secret, et non pas que le tribunal sera libre d'en tenir compte ou de l'écarter, selon son propre bon plaisir.

J. DUMESNY.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Accidents du Travail

Compétence des tribunaux ordinaires dans le cas où le médecin n'a pas été choisi par le blessé.

La Cour de Cassation a rendu le 2 février 1915, un important arrêt dans une affaire dont elle avait été saisie par les soins et avec l'appui du *Sou Médical*.

Le tribunal de Commerce de Marseille a fait à deux reprises l'application des règles fixées par la Cour suprême, dans deux jugements du 29 mars 1916 et du 26 janvier 1917. Nous croyons devoir publier ces trois décisions ci-après :

1° COUR DE CASSATION

Chambre Civile 2 *février* 1915

M. Falcimaigne, Président,

Aff. Dr d'H... c. L...

La Cour,

Ouï, en l'audience publique de ce jour, M. le Conseiller Douarche, en son rapport, MMes Mornard et Bernier, Avocats des parties, en leurs observations respectives, ainsi que M. Lombard, Avocat Général, en ses conclusions, et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi ;

Sur le moyen unique :

Vu l'article 15, § 4, *de la loi du* 9 *avril* 1898, *modifié par celle du* 31 *mars* 1905 ;

Attendu que, d'après cet article, le juge de paix du canton où l'accident du travail s'est produit est seul compétent *pour juger, soit en dernier ressort, soit à charge d'appel, les contestations relatives aux frais médicaux entre le chef d'entreprise et le médecin qui agit comme légalement subrogé aux droits de la victime, en vertu de la disposition exceptionnelle de l'article* 4, § 4, *de la loi du* 9 *avril* 1898 ; — mais qu'il en est autrement des contestations dans lesquelles le médecin agit comme ayant été choisi par le chef d'entreprise pour donner des soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail ; — *qu'il résulte en effet, de ce choix, un engagement contractuel qui engendre, au profit du médecin, une action personnelle et mobilière distincte et indépendante de la première, et rentrant, aux termes du droit commun, dans la compétence du tribunal civil ou du juge de paix du domicile du chef d'entreprise, suivant le chiffre de la demande ;*

Attendu que l'arrêt attaqué constate que le Dr d'H. a assigné la dame L. devant le Tribunal Civil de C., lui réclamant le payement d'une somme de mille francs pour honoraires, à raison des soins par lui donnés, sur la demande de ladite dame, aux ouvriers de son usine victimes d'accidents du travail ; — que la Cour de Nancy a déclaré que le Tribunal de C., était incompétent, et que le juge de paix du canton où l'accident s'était produit pouvait seul connaître de l'action en payement d'honoraires formée par le Dr d'H.;

Qu'en statuant ainsi, elle a faussement appliqué et par suite violé l'article ci-dessus visé ;

PAR CES MOTIFS,

Casse et annule l'arrêt rendu entre les parties par la Cour d'Appel de Nancy le 12 *juin* 1912 ;

Renvoie devant la Cour d'appel de Besançon.

Cet arrêt est relaté, entre autres, dans le Répertoire de Sirey, *Bulletin des Sommaires*, 1915 1re partie, p. 11

2° TRIBUNAL DE COMMERCE DE MARSEILLE

29 *mars* 1916

Aff. Dr L... c. C... F... et Cie

(Me Bedarride, avocat.)

Ouï les Parties dans leurs conclusions,

Attendu que le docteur L... a cité la Compagnie C. F... en payement de la somme de deux cent soixante-cinq francs, pour soins par lui donné à un matelot K. S..., qui lui fut conduit le onze octobre mil neuf cent quatorze, comme

un homme de bord du navire « Venezia » de la Compagnie C.F...

Attendu que la Cie défenderesse soulève l'exception d'incompétence du Tribunal de céans, basée sur ce que le dit matelot ayant été victime d'un accident du travail, l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, réserve au juge de paix seul compétent pour statuer sur les frais de docteur.

Attendu que le texte de l'article ci-dessus a pour but de confier au juge de paix la taxation des frais médicaux et pharmaceutiques, suivant tarif fixé par arrêté ministériel, car il n'enlève pas à la victime le droit de choisir elle-même son médecin et son pharmacien, et ce, afin d'éviter les frais plus ou moins exagérés qui pourraient être faits et réclamés ;

Mais que le législateur n'a pas entendu empêcher par là, les patrons de passer avec des médecins et pharmaciens, dans le but de limiter à forfait les dits soins à donner à leur personnel, des contrats particuliers dont les obligations et les conséquences échappent à l'action de la loi de 1898, sur les accidents du travail ;

Que c'est ainsi que la Compagnie défenderesse a traité avec le Dr L... pour les soins à donner à son personnel maritime ;

Que la réclamation du Dr L... a trait au paiement de soins donnés en vertu du dit traité ;

Que dès lors le Tribunal est complètement saisi pour statuer sur l'exécution du dit traité et non comme le soutiennent les défendeurs à raison d'un accident du travail.

PAR CES MOTIFS,

Le Tribunal se déclare compétent, renvoie pour les plaidoiries au fond à l'audience du seize mai prochain et condamne la Cie C. F. aux dépens de l'incident.

3° Tribunal de commerce de Marseille
26 *janvier* 1917

Aff. Dr L... c. C...
(Mes Bedarride et Chapelle, avocats).

Ouï les défenseurs des parties :

Attendu que le docteur L... a cité C... en paiement de la somme de deux cent quatre-vingt dix-neuf fr. dix centimes, montant des honoraires médicaux et frais pharmaceutiques, qui lui sont dus pour soins donnés à un ouvrier du défendeur, victime d'un accident.

Attendu que C... oppose à cette demande deux moyens d'incompétence, prétendant d'abord qu'il doit être assigné devant le Tribunal de son domicile, Paris ;

Qu'ensuite, l'action étant relative à un accident du travail, les juges de paix sont seuls compétents aux termes de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 pour connaître des constatations concernant les frais médicaux et pharmaceutiques.

Sur le 1er moyen :

Attendu que C... exploite une entreprise importante à Marseille-l'Estaque où il a installé les bureaux de son administration.

Qu'il s'ensuit que le tribunal de céans est compétent pour connaître des actions formées par les tiers au sujet des affaires intéressant cette exploitation.

Sur le 2e moyen :

Attendu que les règles de compétence et de procédure établies par l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898 sont exceptionnelles et visent uniquement les contestations entre les victimes d'accident et les chefs d'entreprise relativement aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires ;

Que dans leur silence pour les autres litiges on doit s'en référer au droit commun, alors surtout que dans l'espèce soumise au Tribunal, le choix du médecin n'a pas été fait par la victime de l'accident.

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal de commerce de Marseille,
Se déclare compétent.
Retient la cause au fond et fixe les plaidoiries à l'audience du 9 février courant.
Condamne C... aux dépens de l'incident.

En résumé, la règle de compétence édictée dans l'art. 15 § 4 de la loi de 1898-1905 sur les accidents du travail et qui attribue aux tribunaux de paix *du lieu de l'accident* la connaissance de toutes contestations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, ne s'applique qu'au cas où le médecin ou le pharmacien a été mis en œuvre par l'ouvrier et où, par suite, il y a lieu à application de l'article 4 de la loi, en ce qu'il a limité par un tarif, celui édicté le 30 novembre 1905, la dépense que l'ouvrier pouvait engager à la charge du chef d'entreprise pour se faire donner les soins nécessités par sa blessure.

Dans tous les autres cas (celui où le médecin a été choisi ou mis en œuvre par le chef d'entreprise ou par l'assureur, mandataire du patron et celui où le médecin et l'assureur se sont liés par des conventions écrites ou verbales) le droit commun reprend son empire.

Le droit commun, c'est la possibilité pour le créancier d'assigner son débiteur, comme un client ordinaire qui n'acquitte pas une note d'honoraires.

Le tribunal compétent est celui du domicile du défendeur.

C'est la justice de paix jusqu'à concurrence de 600 francs et le tribunal civil pour une créance supérieure à 600 francs.

Lorsque le défendeur est commerçant, ce qui se produit le plus souvent en matière d'accidents du travail puisque les patrons sont presque toujours industriels ou négociants, le médecin a la faculté de porter son action devant le tribunal de commerce même pour les notes inférieures à 600 francs.

Déjà la cour de Lyon (1re ch.) le 23 février 1905 (*Mon. de Lyon*, 21 juin 1905 et le Tribunal civil de Bourgoin le 12 juillet 1905 (*Gaz. des Trib.*, 9 septembre 1905) avaient jugé dans le même sens que les décisions ci-dessus rapportées.

La question aujourd'hui ne peut plus prêter à la controverse.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour.

L'AUTOMOBILISME MÉDICAL (1)

Du moteur

Les réponses de nos confrères nous signalent quelques points intéressants qui cadrent bien

(*Voir n° du* 15 *décembre* 1917 *et du* 15 *janvier* 1918).

avec le problème : bloc-moteur, roues amovibles, mise en marche automatique ou par le moyen d'un levier, de la place du conducteur. Nous reparlerons de tout cela. Aujourd'hui nous désirerions avoir un avis général sur les avantages et désavantages de la conduite à gauche qui semble gagner du terrain : 70 % pour les camions américains récemment construits. Les avis seront évidemment partagés ; essayons de nous faire ici une opinion.

Reprenons notre dernier sujet : qu'adopterons-nous, 1, 2 ou 3 cylindres ? Le mono a de grandes qualités de simplicité, de robustesse, de rendement, de modicité de prix ; tout le monde a apprécié les bons services rendus par ces voiturettes, du reste de grande marque, dont les monos tournaient inlassablement ; certains résistent encore. Ses partisans sont nombreux, nous le savons et nous-même en avons envisagé sérieusement l'adoption ; mais nous nous souvenons également des trépidations, des démarrages pénibles et brutaux, des retours de manivelle, du pilonnage énervant à 18 à l'heure à la moindre côte un peu sérieuse, des radiateurs et brides dessoudés, écrous desserrés, cristallisations rapides de tous côtés, réparations fréquentes et inévitables ; et nous sommes arrivés à cette conclusion qu'à partir de 8 HP (nécessaires pour une voiturette) le mono devenait d'un emploi franchement désagréable.

Examinons son extrême, le 4 cylindres : très en faveur, grâce à ses qualités de souplesse et de régularité du couple moteur, d'où peu de trépidations, démarrages progressifs, reprises faciles, ronronnement agréable. Inconvénients : prix élevé, rendement diminué par des frottements nombreux, consommation assez forte ; de plus, dans les petits alésages de 60 mm. correspondant à la puissance qui nous intéresse, l'usure est assez rapide par suite de la petitesse des pièces en mouvement, les ralentis normaux sont impossibles à obtenir, l'alimentation régulière de 4 petits cylindres étant difficile à bas régime ; il ne s'agit pas de théories, mais de faits. Comme poids, le 8 HP courant atteint 130 kilos (avec son volant) ; nous voilà donc un peu gênés pour arriver à la légèreté désirée.

N'existe-t-il pas un moyen terme ? In medio stat virtus.

Les Anglais vont nous guider. Que voyons-nous chez eux ? La petite 4 cylindres, c'est entendu, 65 mm. d'alésage, 1400 cent. cubes de cylindrée, consommant 10 litres aux cent kilomètres ; mais en voiturette plus légère pesant 400 à 450 k. consommant 6 litres, 2 des 2 cylindres en V, comme ceux (à part le nombre de cylindres) que l'on emploie de plus en plus en aviation. Ces moteurs seraient-ils donc intéressants ?

Qu'en disent les théoriciens ? Le moteur à 2 cyl. en V à un seul maneton est intéressant au point de vue équilibrage : on peut arriver en effet, dans ces moteurs, à équilibrer presque complètement les forces d'inertie dues aux pistons par l'adjonction d'une masse placée sur le vilebrequin à 180° du maneton unique ; le maximum de ces forces d'inertie étant environ la moitié seulement de la valeur du maximum dans le moteur à 2 cyl. verticaux (taxis 2 cylindres, déjà d'un très bon usage) ce qui constitue une amélioration très sensible ; de plus, il n'y a plus ni force d'inertie parasite, ni couple, si on emploi des bielles à fourche. En fait, on constate sur les moteurs d'aviation un meilleur équilibrage avec le type en V qu'avec le type vertical. Nous savons donc qu'avec une bonne réalisation nous sommes en droit d'attendre d'un simple 2 cyl. en V un équilibrage très suffisant, se rapprochant beaucoup plus du 4 cyl. que du mono, avec une construction très simple, un poids très réduit, le 2 cylindres dans ce cas ne différant du mono que par un cylindre supplémentaire, soit quelques kilos. Le 2 cyl. en V, donnant au frein 15 à 18 HP, refroidissement à eau, d'une construction robuste pèse en moyen. 145 k. ; il y en a des dizaines de mille en circulation. Du reste, plusieurs confrères connaissent les qualités remarquables de rendement, de souplesse, de ralentissement et de faible consommation de ces moteurs ; en ayant une transmission élastique, nous arrivons à la douceur d'entraînement du 4 cylindres sans en avoir les inconvénients. Nous savons que les 2 cylindres opposés, horizontaux, à manetons à 180°, sont supérieurs comme équilibrage, même aux 4 cylindres ; nous nous intéressons vivement à ce type, mais son application n'a donné jusqu'ici de bons résultats que dans les faibles puissances de 4 ou 5 HP : difficultés de draissage, ovalisations, peut-être ; attendons.

Conclusions : nous adopterons un moteur en V 2 cyl. de 80 à 85 mm. d'alésage, cylindrée 1000 ou 1100 cent. cubes, soit d'une force nominale de 8 HP, en donnant au frein 12.

Dr DE VAUBERCEY,
Ambulance 12/3.
S. P. 27.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

Discours prononcé aux obsèques de Monsieur le professeur GAUCHER,

Président de l'Association générale des Médecins de France.

par Monsieur BELLENCONTRE,
Vice-président de l'Association.

Dans ce vieil hôpital Villemin, au milieu de cet état-major de médecins, de chirurgiens d'élite, qui donnent les plus beaux exemples de haut savoir, de dévouement voire d'abnégation totale, M. le médecin principal Gaucher montra toute l'intensité de sa foi patriotique, toute sa volonté de servir jusqu'au bout, jusqu'ici.

Mais c est peut être dans un autre milieu, au sein de l'Association générale des médecins de France, qu'il donna la mesure de sa valeur morale et de sa bonté.

Appelé par la dignité de sa vie, l'élévation de son caractère, à présider aux destinées de cette Société qui englobe l'immense majorité des médecins français, il s'y montra, lui, dont la vie ne fut qu'une longue bataille, l'apôtre écouté et heureux de la concorde et de la conciliation.

Ouvert à toutes les propositions généreuses, il adopta avec enthousiasme ma proposition de créer une Caisse de secours de guerre à laquelle

il se consacra, dès lors, avec la passion qu'il apportait dans tous ses actes.

Par je ne sais quelle coquetterie, quel respect humain, il cachait avec soin, sous la rudesse voulue du langage, une grande sensibilité ; chez lui, le second mouvement était toujours bon.

Nous le vîmes se pencher avec une pitié un peu brusque, mais attendrie, sur les détresses sans précédent, sans description possible des infortunés qui ont touché le fond de la douleur humaine et que nous nous efforçons d'aider et de consoler.

Depuis quelques années, le destin semble s'être lourdement appesanti sur l'Association générale, frappant à la tête, nous ravissant les plus nobles, les plus utiles serviteurs de la cause confraternelle, Lande, Lereboullet, Lepage, dont les services ne sont pas et ne seront pas oubliés, Gairal, notre vice-président, mort à 69 ans dans les geôles allemandes, pour avoir osé résister, comme maire de Carignan, dans les Ardennes, aux fantaisies cruelles de l'ennemi.

Aujourd'hui, c'est le Professeur Gaucher.

Sans doute, à l'heure où la jeunesse de France tombe comme les épis sous la faux, il semblerait que la disparition d'hommes arrivés au faîte de l'existence nous dût causer une émotion moindre. Non pas. La séparation n'en est pas moins cruelle, notre douleur n'est pas moins grande devant de telles pertes qui constituent un appauvrissement intellectuel et moral et pour la nation et pour la corporation.

Il y a dans les bourgades de France, mon cher Président Gaucher, des familles entières séparées du père, de l'époux, restés sous la domination ennemie pour l'accomplissement du devoir médical. Les femmes, les enfants, gîtaient sous un toit de rencontre auprès d'un foyer éteint et d'une table dégarnie ; ils savent que vous avez contribué à rallumer ce foyer, à leur donner un peu de réconfort moral et matériel.

Ils béniront votre mémoire.

En leur nom, au nom des praticiens des campagnes et des villes groupés dans l'Association, moi, leur humble interprète, je vous apporte un adieu ému, attristé et profondément reconnaissant.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

A l'ordre du corps d'armée :

« Le médecin-major de 1re classe Barot, médecin-chef de l'H. O, E. 21/1.

« Ancien médecin de la marine, courageux et « dévoué. A fait preuve de brillantes qualités « de sang-froid pendant les combats au nord de « Nancy en 1914, payant largement de sa per- « sonne pour assurer dans les meilleures condi- « tions le traitement et l'évacuation des blessés « du régiment auquel il appartenait ».

A l'ordre de la brigade :

De Fourmestraux (Jacques-Marie), médecin-major de 2e classe :

« Aux troupes russes depuis leur arrivée sur « le front français. Pendant le bombardement de « son ambulance assura dans d'excellentes con- « ditions, l'évacuation des blessés. Est pour tous « un modèle de courage et de sang-froid (avril « 1917). »

A l'ordre du Corps d'armée :

De Fourmestraux :

« Chirurgien de valeur à l'ambulance... de- « puis le début de la campagne. Médecin-chef « d'une ambulance fonctionnant à proximité « de la ligne de combat. A toujours montré au « personnel placé sous ses ordres, l'exemple du « courage et de l'énergie. Par ses qualités mili- « taires et son habileté opératoire, a sauvé de « nombreuses vies humaines (février 1916). »

A l'ordre de l'Armée :

De Fourmestraux :

» Chirurgien de grande valeur, d'une activité « inlassable et d'un dévouement à toute épreu- « ve. A donné un bel exemple d'énergie le 21 « août 1917 et les jours suivants en opérant « sans relâche de nombreux blessés, alors qu'il « était atteint d'une fracture accidentelle du pé- « roné qu'il se borna à faire immobiliser dans « un appareil de marche ».

A l'ordre du S. S. du C. A.

Médecin aide-major de 1re classe Verrier (Fernand), de Reims.

« Médecin d'une haute conscience profession- « nelle. A donné le plus bel exemple de mépris « du danger et d'un dévouement inlassable en » assurant dans la nuit du 30 au 31 décembre « 1917, sous un violent bombardement, les soins « nécessaires à de nombreux blessés, en procé- « dant à leur évacuation. » (3e *citation*).

A l'ordre du régiment :

Dr Sauveplane :

« Resté au front sur sa demande, malgré ses « droits à la relève. Le 6 janvier 1917, appelé « loin de son poste de secours près de 4 artilleurs « de tranchée blessés et ensevelis, est resté sous « un feu violent d'artillerie dans la tranchée de « première ligne, dirigeant le sauvetage. A tou- « jours fait preuve de belles qualités de dé- « vouement, prodiguant ses soins aux blessés et « les réconfortant avec un beau mépris du dan- « ger en maintes circonstances ».

REPORTAGE

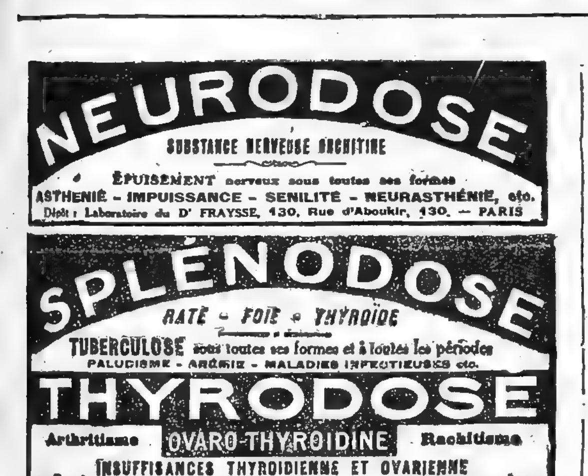
« Le Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, met gratuitement à la disposition des médecins, pour une durée de huit jours, des boîtes de vues pour projections, accompagnées de notices, sur des sujets d'hygiène.

A Paris, la boîte doit être prise et rapportée au Service (ouvert de 10 heures à 5 heures). Pour la province, les demandes et les expéditions doivent être faites par l'entremise d'un instituteur.

La liste des collections relatives à l'hygiène est adressée sur demande. »

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales


NEURODOSE
SUBSTANCE NERVEUSE ARCHITINE
ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SENILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS
SPLÉNODOSE
RATE - FOIE - THYROÏDE
TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.
THYRODOSE
Arthritisme OVARO-THYROIDINE Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - Troubles de la Ménopause et de la Puberté - MYXŒDÈME
PLACENTODOSE
PLACENTA - MAMMAIRE
Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir - PARIS


Messieurs les Membres du CONCOURS MÉDICAL


Nouveauté Thérapeutique
THERMO-BLOC


BRONCHITES
ASTHME · TOUX · GRIPPE
LOBULES du Dr DE KORAB
A L'HÉLÉNINE DE KORAB
EXPERIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
2 à 4 par jour
L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies.
Stérilise les bacciles de la tuberculose
et ne fatigue pas l'estomac
CHAPES 12, RUE DE L'ISLY PARIS

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 6 — 15 MARS 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année N° 6 15 Mars 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
La mission Uruguayenne au « Concours médical ». 243

Partie Scientifique

Clinique médicale.
Traitement de la syphilis, par M. le Professeur GAUCHER 246

Revue des Sociétés Savantes.
Traitement des chéloïdes par les injections d'huile créosotée. — Vitalité du paratyphique B. dans les coquillages. — Traitement des brûlures par les pansements paraffinés. — Traitement des dermatoses parasitaires par la sulfuration. — Un cas de streptococcémie. — Recherche du pouvoir digestif du suc gastrique par l'étude du tube de gélatine. 253

Vaccinothérapie.
Sur une série de dix-huit malades traités par le vaccin anticoquelucheux fluoruré de l'Institut Pasteur de Tunis, par le Dr Georges BENABU..... 254

Chirurgie pratique.
Dissection et résection incomplètes du sac dans certaines hernies scrotales volumineuses, par le Dr BÉRANGER (Raimond)..... 257

Thérapeutique appliquée.
Les ferrugineux dans le traitement de la tuberculose..... 258

Notes de pratique quotidienne.
La technique de la tension artérielle..... 261

Correspondance
Les médecins pères de famille nombreuse sont mis en congé sans solde. — Le Corps médical doit se prémunir contre les dangers d'exploitation qui le menacent. — Des compliments. — Des encouragements. — A propos de l'avancement. — Les cours de perfectionnement des étudiants mobilisés — Une indication bibliographique. — Au sujet de la solde des médecins auxiliaires et des sous-aides majors..... 262

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Les galons et les appellations du personnel du Service de Santé. — Médecins de carrière et médecins de complément..... 269

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires. — C. M. n° 664 Ci/7 du 13 février 1918. - C. M. n° 666 Ci/7 du 15 février 1918. — Correspondance..... 271

Partie Professionnelle

Intérêts professionnels.
La Loi sur les Pensions..... 27

La vie syndicale.
Les Maîtres et les Syndicats médicaux. — Organisation de la lutte contre la syphilis en France..... 284

Variétés.
La maladie dont mourut Blaise Pascal..... 286

Reportage.
Conférence de Sérologie..... 286

PROPOS DU JOUR

La mission Uruguayenne au « Concours médical ».

Le jeudi 21 février dernier, les Amitiés franco-étrangères, — section « France-Amérique-Latine », — dont la puissante initiative commence déjà à porter ses fruits, présentaient au « Concours médical » un groupe de médecins uruguayens, en mission d'études en France. Etaient présents :

MM. les docteurs Blanco de Acevedo, Rodriguez - Castro, Bazan, Alonso, Piaggio-Garzon, Bevilacqua ; MM. Cesar Crispo, Roberto Borras, Henri Claveau, Lasala, s'étaient fait excuser. M. de Chavagnes, directeur des Amitiés franco-étrangères, M. le Dr Combault, secrétaire général du bureau médical de « France-Amérique latine », avaient bien voulu accepter de se joindre à eux.

MM. Gassot, Noir, Diverneresse, Vimont, Boudin, Duchesne, Dupont, Kouindjy, Molinéry, de la Rédaction, Maître Gâtineau, avocat-conseil du *Concours*, recevaient leurs confrères. M. Boulanger, administrateur, avait organisé la réception.

Après avoir souhaité la bienvenue à nos hôtes, M. le Dr Gassot, directeur, exposa la genèse du journal et des œuvres émanées du « Concours médical ». Ces œuvres ont pour but de sauvegarder les intérêts moraux et les intérêts matériels du praticien français : la défense professionnelle avec la création et l'organisation des premiers *Syndicats médicaux* ; l'assurance inter-confraternelle contre la maladie, les accidents, la vieillesse et la mort, par la « *Mutualité familiale du Corps médical français* » et ses diverses combinaisons ; la ligue contre les collectivités (financières ou industrielles) qui auraient tendance à vouloir domestiquer le médecin, par le *Sou médical*.....

.,... Et le Dr Diverneresse prend alors la parole pour expliquer comment le « Concours médical » et le « Sou médical » ont pu rendre de grands services aux médecins praticiens dans l'application de la loi sur les accidents du travail. Il expose aux médecins uruguayens le mécanisme de cette loi fort complexe, où le médecin isolé risquait fort de tomber dans le « maquis de la procédure » victime des compagnies d'assurances, s'il n'était fortement soutenu par un groupement puissant et énergique. L'Association le *Sou médical* vient,

dans ce sens, en aide à ses adhérents. M. le Dr Boudin, secrétaire général, en explique tout le mécanisme. Un mot résume admirablement son exposé : Par le *Sou médical*, nous donnons la sécurité aux médecins ».

Il convenait à Maître Gatineau, l'éminent avocat-conseil du *Concours médical*, de donner un exemple de la nécessité où est le médecin d'appartenir à des groupements de défense professionnelle. Il nous fit assister à l'étrange odyssée procédurière de ce malheureux médecin de Nîmes qui, ballotté de juridictions en juridictions jusqu'en cassation, conseil d'Etat et Tribunal des Conflits, allait échouer devant les tribunaux ordinaires, et mourait avant d'avoir obtenu gain de cause. Une somme insignifiante, mais une question de principe de première importance étaient à l'origine de cet interminable procès, dont le *Sou médical* avait assumé tous les frais, frais qui s'élevaient à 15 ou 20.000 frs.

Pendant le déjeuner où nos confrères étrangers, au plus haut point intéressés par tout ce qu'ils venaient d'entendre, posèrent de nombreuses questions aux divers membres du Concours médical, M. le Dr Duchesne, secrétaire de la Rédaction, avec une remarquable clarté d'exposition, les fit assister à la confection du journal : Partie scientifique qui prend et prendra de plus en plus après la guerre, un développement important, partie professionnelle, à laquelle se rattachent les intérêts médico-militaires actuels qui y sont étudiés avec un soin tout particulier et avec toute l'impartialité que réclame un sujet aussi délicat. Une allusion fut faite au projet qui se réalisera, après guerre, de la diffusion de notre journal en Amérique latine où nous espérons trouver un terrain fertile pour la propagation de nos idées de liberté, de confiance, d'indépendance et de dignité professionnelles, et de collaboration du corps médical entier à l'organisation de l'hygiène et de l'assistance sociales.

A l'heure des toasts, notre rédacteur en chef, M. le Dr Noir, maîtrisant à peine une très profonde émotion, prononça les paroles suivantes :

Mes chers Confrères, mes chers Amis,

Au nom du *Concours médical*, au nom des 8.500 médecins dont il est l'organe, j'ai l'honneur d'adresser à nos confrères de la République orientale de l'Uruguay, l'expression des sentiments les plus chaleureux et les plus reconnaissants des praticiens de France.

Je sais, mes chers confrères uruguayens, quel accueil vous avez reçu un peu partout dans notre pays. Les uns se sont ingéniés à vous faire connaître l'habileté de nos chirurgiens ; d'autres vous ont montré la science, la méthode, la clarté de nos cliniciens ; vous avez pu apprécier l'esprit, l'intelligence, l'éloquence de nos maîtres ; ici, au *Concours médical*, vous entendrez seulement battre le cœur des praticiens français, cœur que vous pouvez vous vanter d'avoir fait palpiter d'une profonde émotion.

Lorsque nous apprîmes, il y a quelques mois, que par delà les mers, nous était arrivé le produit considérable d'une souscription presque anonyme pour venir en aide aux victimes de notre grande famille médicale (1), nous fûmes tous saisis d'abord d'un sentiment de profonde gratitude ; puis, nous ne pûmes nous défendre d'un mouvement d'orgueil.

Eh quoi ! la France, notre France, disposait donc encore de ce pouvoir magique de faire naître dans le monde d'aussi touchantes sympathies ! Nous nous souvenions qu'à l'heure la plus sombre d'août 1914, votre jeune République avait, par le choix de notre 14 juillet comme date de sa propre fête nationale, lancé un généreux défi aux barbares qui envahissaient le sol sacré de notre Patrie.

Et une voix intérieure me disait : « Qu'avons-nous fait, nous, modestes médecins français, pour mériter qu'à travers les mers, dans un autre hémisphère, presqu'aux antipodes, il se soit produit en notre faveur une manifestation aussi généreuse de confrères, d'amis inconnus ? »

Inconnus ! Le mot sonnait faux à mon oreille. Les médecins de l'Uruguay ne pouvaient être pour nous des inconnus.

Tout cela évoquait en moi les souvenirs d'une des plus belles années de ma jeunesse, et me reportait à un quart de siècle en arrière.

A la salle de garde du vieil hospice de Bicêtre, j'avais connu alors de bons camarades uruguayens ; ils avaient noms Navaro et Arrizabalaga. Ce dernier fut mon ami intime. Ah ! le brave garçon, l'excellent cœur, le loyal et franc collègue, ignorant la jalousie et le mensonge, si dévoué à ceux qu'il affectionnait ! Combien de conversations enthousiastes, de discussions passionnées entrecoupèrent nos longues heures d'études ? Ce fut lui qui

(1) Le Corps médical de l'Uruguay qui compte à peine 250 praticiens, a adressé un don de 36.000 frs environ à la *Caisse d'Assistance médicale de guerre*, destinée à secourir les victimes de la guerre appartenant aux familles médicales.

m'apprit à connaître, à admirer, à aimer votre fière et noble Patrie.

J'appris que d'un siècle à peine date la levée chez vous de l'étendard de la liberté par le légendaire Artigas ; que, pendant plus de cinquante ans, vos pères durent se dévouer en des luttes épiques pour conquérir leur indépendance et la faire respecter de leurs voisins.

J'appris que ce fut par leurs propres forces, par leur seule énergie qu'ils imposèrent le droit à la vie de votre Patrie, sans avoir recours aux armées libératrices des Bolivar et des San Martin. J'ai admiré les aventures homériques des *Trente-trois* compagnons de Lavalleja qui avaient pour devise : *La liberté ou la mort.*

J'ai connu les efforts héroïques de Rivera et de ses soldats.

J'ai su que ce fut chez vous que le Paladin de la Liberté, le grand Garibaldi, qui fit souche de héros, accomplit ses premières et plus prodigieuses prouesses. J'entendis même conter qu'un jour, une escadre anglo-française croisa devant Montevideo pour la protéger contre ses ennemis.

Mais tout cela, c'est plus que de l'histoire, c'est de l'épopée et, bien que datant d'hier, c'est déjà une merveilleuse et sainte légende.

Après avoir connu les douleurs d'inévitables convulsions, votre jeune République est devenue un Etat dont la vigueur et la prospérité sont bien faites pour nous étonner, nous, enfants de la vieille Europe, qui portons sur nos épaules le poids écrasant de vingt siècles de gloire, mais aussi de préjugés.

Cependant, en France, poussés par les plus chevaleresques utopies, nous avons aussi marché à l'étoile, et nous sommes faits pour comprendre, pour admirer, pour aimer ce peuple uruguayen, petit par le nombre, très grand par la pensée.

Votre Montevideo prend pour nous une allure de ville sainte, où les Etats latins d'Amérique, oubliant leurs discordes, vont se concerter en des Congrès, comme autrefois, en Grèce, se tenaient, à Délos et à Delphes, les conseils amphictyoniques.

J'ai lu quelque part qu'un de vos maîtres, Jose Enrique Rado, avait osé fonder à Montevideo, une chaire d'idéalisme.

Comment donc, sachant tout cela, nous, médecins français, nous qui, au *Concours médical*, passons pour poursuivre des chimères que nous saurons réaliser demain, comment pourrions-nous ne pas vous considérer comme des amis, comme des frères, et nous étonner de votre sympathie et de votre générosité ? Comment serions-nous surpris de vous voir accourir, au moment le plus glorieux, mais aussi le plus critique de notre histoire, bravant les dangereux sous-marins dans une pénible traversée, pour nous apporter le réconfort de votre amitié agissante ?

Votre président, notre jeune et très distingué confrère, le Dr Blanco Acevedo, dont nos maîtres les plus autorisés appréciaient naguère publiquement le talent d'habile chirurgien, a, dès le début de cette guerre, mis sa science, sa bonté et sa bourse à la disposition de nos blessés. Combien lui doivent la vie et la santé ? Aussi le chef de notre Etat, M. Poincaré, a tenu lui-même à attacher à sa poitrine la Croix, qu'à l'heure actuelle, on ne décerne qu'aux braves. Pour nous, le Dr Blanco Acevedo honore cette Croix en en portant l'insigne.

Mais ici, notre rôle n'est pas de vous témoigner la reconnaissance de la Nation ; nous devons nous renfermer dans le cercle plus étroit de notre famille médicale. Nous nous contenterons donc de graver à jamais dans notre mémoire le fait que, vous confrères de l'Uruguay, vous avez spontanément songé aux pitoyables et innocentes victimes que la guerre multiplie dans nos foyers, que, grâce à vous, grâce à votre généreuse bonté, leurs misères seront atténuées, qu'une lueur d'espoir éclairera leur sombre avenir.

Confrères bienfaisants, amis de toujours, soyez bénis. Au nom des Médecins praticiens de France, au nom du *Concours médical*, merci.

Au nom de tous les Français, gloire et prospérité à notre sœur latine, à la noble République orientale de l'Uruguay.

M. le Dr Blanco de Acevedo, au nom des membres de la Mission, dans un langage très élevé, remercia le « Concours médical » de la réception qui venait de leur être offerte et affirma la profonde sympathie de la jeune république uruguayenne vis-à-vis de sa grande sœur aînée.

Le « Concours médical » a été heureux, dans cette circonstance, d'entrer de plein pied dans le grand mouvement « France-Amérique » qui est irrésistiblement déclanché. Il est bon, il est nécessaire que devant la ruée de l'invasion germanique, les peuples latins unissent leurs races. Nous, latins, idéalistes, avons coutume de dire : « La vie ne vaut que par l'effort ». Les « autres » nous répondent : « La vie ne vaut que par le résultat. » Il ne s'agit plus de rester dans notre tour d'ivoire. Mais il faut que notre idéalisme se traduisant par un effort constant, *obtienne le résultat...* Et ce sera le triomphe de l'idée sur la force.

R. M.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis :
M. le Professeur GAUCHER (1)

Traitement de la syphilis

Je vous ai montré, dimanche dernier, que l'emploi de l'arséno-benzol comme remède habituel de la syphilis était une erreur. Je vous ai dit que, depuis 1910, je me suis efforcé d'attirer l'attention sur l'insuffisance et les dangers du 606.

Après vous avoir indiqué ce qu'il ne faut pas faire, vous attendez de moi un exposé de ce qu'il faut, par contre, faire. En matière de traitement de la syphilis, nous devons rester fidèles au mercure, qui est encore le remède capital — j'allais dire le seul — de cette maladie.

Ce principe admis, examinons quelles sont les préparations mercurielles à employer et comment les employer. Voyons dans quels cas on doit recourir à certaines préparations plutôt qu'à d'autres, et quels sont — s'il y en a — les adjuvants du mercure. Je vais essayer de résoudre ces questions, n'ayant en vue que le traitement de la syphilis récente.

Le traitement anti-syphilitique le plus important est celui du début. C'est en effet, au début de la syphilis seulement, pendant la période de généralisation du parasite, que l'on a quelques chances de stériliser la maladie. Cette stérilisation, il est vrai, n'est nullement démontrée, mais si elle est possible, elle ne peut l'être évidemment qu'au début de l'affection. C'est pourquoi il importe d'intervenir dès l'apparition du chancre, aussitôt le diagnostic posé.

Appliquons, tout d'abord, au mercure, une règle qui domine la thérapeutique toute entière et se formule ainsi : les médicaments n'agissent que s'ils sont solubles. Il importe donc d'avoir recours exclusivement aux préparations mercurielles solubles, les seules directement et facilement assimilables.

Les voies d'introduction du mercure dans l'organisme sont les suivantes : 1° la voie stomaco-intestinale ; 2° la voie sous-cutanée ; 3° la voie intra-veineuse ; 4° la voie épidermique, et 5° la voie rectale.

La voie stomaco-intestinale est, de beaucoup, la plus anciennement connue et la plus employée. Elle consiste à faire ingérer le médicament par la bouche. Elle est souvent suffisante, beaucoup plus qu'on ne le croit. L'expérience l'a prouvé et ceux qui, comme moi, ont fréquemment l'occasion de voir des malades traités ainsi pour des syphilis datant de 20 et 30 ans, peuvent apprécier la valeur de la méthode gastro-intestinale.

La voie gastrique ne mérite pas le discrédit et la désuétude dans lesquels elle est tombée. Elle a, d'ailleurs, des contre-indications qui relèvent d'intolérance gastro-intestinale. Il faut savoir aussi que si l'ingestion est applicable à beaucoup de cas, c'est un mode d'administration moins actif que la voie sous-cutanée. C'est pourquoi au début de la syphilis, le traitement par voie hypodermique est préférable.

Quelles sont les préparations que l'on peut donner par ingestion ? D'abord, les pilules. Vous prescrirez sous cette forme le sublimé, parce que c'est un sel soluble. Je rejette les autres pilules parce qu'elles ne sont pas solubles. Les pilules au sublimé, de Dupuytren, contiennent un centigr. de sublimé et deux centigr. d'extrait thébaïque. Je les ai modifiées en réduisant l'extrait thébaïque et en y ajoutant la poudre de savon et la glycérine. La poudre de savon a pour but d'augmenter la masse pilulaire, ce qui dilue le médicament et le rend moins vulnérant pour l'estomac. La glycérine permet d'avoir une pilule plus molle, plus solubilisable par conséquent. Voici ma formule :

Sublimé............ }	ââ un centigr.
Extrait thébaïque... }	
Poudre de savon.....	0 gr. 10
Glycérine....... q. s.	

pour une pilule molle, à prendre 2 par jour, une à chaque repas.

Pour diluer encore le sublimé, je recommande au malade de mâcher du pain et d'y introduire la pilule. Celle-ci se désagrège dans le pain et se trouve disséminée sur une plus large surface de muqueuse gastrique. En fait, il est rare qu'elle ne soit pas tolérée.

Chez les individus anémiés, il y a avantage à associer au mercure des préparations arsenicales.

(1) Cette leçon est une des dernières leçons du très regretté professeur Gaucher.

Antisepsie des voies biliaires et urinaires.

UROFORMINE GOBEY

= UROTROPINE Française

Comprimés d'héxaméthylènetétramine chimiq^t pure dosés à 0,50 centig. (3 à 6 par jour.)

Échantillons, 4, rue du Faubourg-Poissonnière, PARIS-X^e.



COMPRIMÉS SATURANTS
CARBONATE DE BISMUTH ET POUDRE DE LAIT
SÉDATIF DE LA DOULEUR
1 COMPRIMÉ TOUTES LES 5 MINUTES JUSQU'À SOULAGEMENT

GRANULÉ SOLUBLE
REPRODUISANT LA FORMULE DU PROF. BOURGET, DE LAUSANNE
BICARBONATE DE SOUDE, PHOSPHATE DE SOUDE, SULFATE DE SOUDE
LE MEILLEUR MODE DE SATURATION
PAR LES ALCALINS EN SOLUTION ÉTENDUE
1 MESURE DISSOUTE DANS UN VERRE À BORDEAUX D'EAU PURE

DURET & RABY
LABORATOIRES DE LA THAOLAXINE
5 Avenue des Tilleuls — PARIS-MONTMARTRE

On peut y joindre 2 centigr. d'arrhénal par pilule.

Le sublimé est également utilisable en solution. On prescrivait beaucoup autrefois une préparation, aujourd'hui abandonnée, la liqueur de Van Swiéten. Elle était, en particulier, d'usage courant dans l'armée, et je me rappelle que je la donnais jadis régulièrement aux malades, lorsque j'étais infirmier de 2e classe !

La liqueur de Van Swiéten, ainsi prise par la bouche à la dose d'une cuillerée à soupe, est irritante pour l'estomac. On peut atténuer cette irritation en la prescrivant par cuillerées à café, diluées dans du lait. C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai remplacé la liqueur de Van Swiéten par la solution de lactate neutre de mercure (lactate mercurique), également au millième, préparation assez délicate à faire. Le lactate mercurique contenant moins de mercure que le sublimé doit être donné à doses un peu plus fortes, cinq cuillerées à café, par exemple, de la solution au millième. Ce lactate d'hydrargyre est bien supporté par l'estomac. Il n'a aucun goût — certains pharmaciens l'ont même préparé sous forme de pastilles — et il est aussi actif que le sublimé.

Pour terminer cette question du mercure par voie stomaco-intestinale, je vous rappelle que je rejette l'usage des pilules de protoiodure, en raison du caractère insoluble de cette préparation.

Considérons la voie d'introduction sous-cutanée. Ce sont les injections mercurielles. On emploiera exclusivement les sels solubles. Ils ont évidemment l'inconvénient d'obliger à faire une injection tous les jours, mais la solubilité est indispensable. Deux sels mercuriels peuvent être employés par cette voie, le biiodure et le benzoate de mercure, en solution à 1 p. 100, dont on injecte quotidiennement 2 cent. cubes, représentant deux centigr. de sel mercuriel. Le biiodure est un peu plus riche en mercure que le benzoate, mais il est plus douloureux.

Voici la formule de la solution de biiodure :

Biiodure d'hydrargyre }	ââ 1 gramme
Iodure de sodium.... }	
Eau...............	100 grammes

Le benzoate de mercure est assez difficile à préparer. C'est pourquoi pendant longtemps, ce sel n'a pas été utilisable. On l'obtient, en traitant de l'oxyde jaune de mercure lavé à l'alcool par la solution aqueuse de benzoate de soude. Le sel ainsi produit doit être lavé à l'eau froide jusqu'à ce que l'eau de lavage ne soit plus acide. Le benzoate de mercure sera solubilisé par le chlorure de sodium. Au début, je le faisais dissoudre dans la solution isotonique de chlorure de sodium, à 7 gr. 50 pour 1000. M'étant aperçu que cette solution était plus douloureuse que la solution hypertonique, je me suis arrêté à la formule suivante :

Benzoate de mercure...	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement pur......	2 gr. 50
Eau distillée..........	100 gr.

A défaut, on peut employer le sublimé, qui est plus douloureux, plus irritant. Avant le benzoate et le biiodure, je m'étais adressé au peptonate de mercure. C'est une bonne préparation, difficile à préparer. Je la signale pour mémoire, car elle n'est plus utilisée.

Les injections solubles *doivent être sous-cutanées* et non intra-musculaires. On les fera dans les régions à pannicule assez épais, à la fesse en général. Ces injections sous-cutanées provoquent des nodosités, c'est exact, et c'est pourquoi certaines femmes les acceptent difficilement. L'inconvénient n'est pas très grand. On peut l'éviter et faire résoudre les nodosités avec des enveloppements de la fesse, à l'aide de compresses humides, recouvertes de taffetas gommé, et maintenues par un caleçon de bain d'homme. Les malades couchent avec ce pansement.

Je le répète, les injections seront sous-cutanées et non intra-musculaires. Toutes les fois où il y eut escarre fessière, elle était due à une injection intra-musculaire. L'injection sous-cutanée sera pratiquée avec une aiguille courte et, il va sans dire, avec toutes mesures d'asepsie. N'allez pas cependant faire de grands badigeonnages de la fesse à la teinture d'iode ; un lavage de la peau à l'alcool suffit. J'ai quelque expérience de ces injections sous-cutanées puisque l'on en fait ici de 3 à 400 par jour.

A quel endroit de la fesse pratiquer l'injection ? Partout, *sauf aux lieux dits... d'élection* ! C'est à la région trochantérienne où l'on risque plutôt de blesser le sciatique et où j'ai observé de ces blessures.

L'injection sera quotidienne, à la dose de 2 centigr. par jour, mais vous pouvez associer les injections et les pilules, un jour une pilule, un jour une injection, ou deux injections par semaine et les autres jours des pilules.

Je ne parlerai que pour mémoire des injections mercurielles insolubles. Elles doivent être intra-musculaires. Le calomel est efficace mais douloureux et dangereux, moins dangereux ce-

pendant que l'huile grise. L'huile grise était la préparation insoluble la plus employée, jusqu'au moment où le 606 est venu la détrôner. J'ai montré, jadis, les dangers des injections d'huile grise, les stomatites, les nécroses qu'elle peut provoquer. Je crois avoir convaincu beaucoup de médecins et j'espère arriver au même résultat pour le 606.

La troisième voie d'administration du mercure est la voie intra-veineuse. C'est un mode très élégant, qui ne cause pas de douleurs et ne laisse pas de nodosités. Il faut savoir que c'est une voie d'exception. Son action est très prompte mais elle n'est pas persistante, l'élimination du mercure étant en ce cas très rapide. On s'y adressera quand il est nécessaire d'agir vite, dans la syphilis cérébrale par exemple. Au début de la syphilis, on a besoin d'une action durable. C'est pourquoi, même quand il faut une action rapide, j'associe aux injections intra-veineuses les injections sous-cutanées, la rapidité et la persistance.

Le seul sel mercuriel utilisable en injections intra veineuses est le cyanure de mercure ; c'est le seul qui ne coagule pas l'albumine *in vitro*. Or, ce cyanure, vous ne pourrez en injecter qu'un centigr. par jour et pas plus de 10 jours. A tous point de vue, la voie intra-veineuse ne peut donc être qu'une méthode d'exception.

Le quatrième mode d'administration du mercure est la voie épidermique, c'est-à-dire les frictions à la pommade mercurielle. C'est un excellent moyen, dont le seul inconvénient est d'être salissant. On emploie l'onguent napolitain qui contient moitié de mercure métallique et dont la dose est de 5 gr. (gros comme une noisette) par jour. La friction se fera là où les orifices glandulaires sont assez béants, aux aisselles et aux aînes. Il faut laver la peau, et frictionner pendant 20 minutes avec la main nue. Le mercure s'absorde ainsi par pénétration dans les follicules glandulaires et à l'état de vapeurs qui arrivent aux voies respiratoires. C'est, en tout cas, un excellent moyen d'administration du mercure.

La 5e voie d'introduction du médicament est la voie rectale, les suppositoires hydrargyriques, proposés dans ces derniers temps. J'ai employé cette voie rectale et n'en ai été que médiocrement satisfait. La préparation est irritante pour le rectum. De plus, le mercure ne peut être absorbé qu'à l'état gazeux par l'intestin.

Seuls, les gaz dégagés par la chaleur du rectum peuvent être absorbés. On formule des suppositoires avec 3 ou 4 gr. de beurre de cacao et 4 à 6 centigrammes de pommade mercurielle (soit 2 à 3 centigr. de mercure).

Quel que soit le mode d'administration du mercure, on s'assurera que le malade peut supporter la médication. On recherchera s'il n'y a pas d'albumine dans l'urine. S'il y a albuminurie, on établiera le rapport azoturique. Avec un rapport azoturique dépassant 80 (le rapport normal égale 85), il n'y a pas d'inconvénient à appliquer le traitement ; au-dessous, le mercure peut être dangereux et devra être administré avec prudence.

Comment régler le traitement de la syphilis récente, ordinaire ? Aussitôt le chancre diagnostiqué, faire 20 à 30 piqûres de benzoate de mercure de 2 centigr., ou 20 à 30 frictions. Donner ensuite un mois ou 40 jours de pilules. Après ces deux mois de traitement, repos de 15 jours. Puis, faire 15 jours de traitement par mois pendant deux ans et 10 jours par mois, pendant les deux années suivantes. Exceptionnellement, si le chancre est phagédénique, on s'adressera au cyanure de mercure.

On surveillera, pendant le traitement, les gencives. Recommander le lavage des dents. Une bonne poudre dentifrice est la suivante :

Chlorate de potasse...	} āā 15 gr.
Poudre de quinquina..	
Craie préparée........	
Salol................	2 gr.

(Le pharmacien aura soin de ne pas triturer ensemble le chlorate et la poudre de quinquina, dont le mélange serait détonnant).

Vous surveillerez donc les gencives, les urines, l'intestin (albuminurie, diarrhée).

Un mot sur les médicaments adjuvants. Le principal est l'iodure. Contrairement à ce qu'on croyait autrefois, l'iodure n'est pas seulement un médicament du tertiarisme. Il est indiqué également, pour renforcer l'action du mercure, dans les chancres phagédéniques, les plaques muqueuses récidivantes. L'iodure de sodium a une action anti-syphilitique égale à celle de l'iodure de potassium, mais l'iode ne saurait remplacer l'iodure. Le deuxième médicament adjuvant est le soufre. Ce n'est pas un agent anti-syphilitique ; il intervient seulement en favorisant l'assimilation et l'élimination du mercure. De même l'arsenic, cicatrisant de premier ordre, sera utile à titre de médicament adjuvant.

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement des chéloïdes par les injections d'huile créosotée. — Vitalité du paratyphique B. dans les coquillages. — Traitement des brûlures par les pansements paraffinés. — Traitement des dermatoses parasitaires par la sulfuration. — Un cas de streptococcémie. — Recherche du pouvoir digestif du suc gastrique par l'étude du tube de gélatine.

— M. Lesieur fait à l'*Académie de médecine* une communication *sur le traitement des chéloïdes par les injections d'huile créosotée.*

Les recherches expérimentales de ces quinze dernières années tendent à affirmer l'origine infectieuse et probablement tuberculeuse des chéloïdes. Partant de cette notion, M. Lesieur a été conduit à appliquer, aux cicatrices chéloïdiennes, le traitement par les injections locales d'huile créosotée (formule de Burlureaux), traitement préconisé par P. Marie, en 1893, par Balzer et Mousseaux en 1898.

M. Lesieur emploie l'huile créosotée au titre de 10 gr. de créosote pour 150 gr. d'huile d'olive pure, stérile. La créosote doit être débarrassée par distillation entre 200° et 210° de toute trace d'orthocrésylol et d'acide phénique. L'huile doit être très pure, lavée à la lessive alcaline en présence de l'alcool qui est ultérieurement chassé par la chaleur.

On se sert d'une aiguille en acier, très acérée et de calibre fin. On pique en peau saine, à la partie supérieure de la cicatrice chéloïdienne, l'aiguille étant conduite en plein derme, en progressant de haut en bas, *au-dessous* mais jamais à l'intérieur même du tissu chéloïdien.

La quantité d'huile injectée varie de deux gouttes à 5 cent. cubes, et sera aussi grande que le permettent, suivant les régions, l'extensibilité du tissu cellulaire et la sensibilité locale. Il faut se garder néanmoins d'une distension exagérée et s'arrêter dès que l'on a produit une certaine ischémie des téguments. Les injections sont généralement répétées de deux en deux jours, et poursuivies pendant un temps assez long.

On obtient, avec ce traitement, la cessation rapide des démangeaisons et des douleurs qui accompagnent parfois les chéloïdes, l'atténuation, puis la disparition de la teinte violacée de la chéloïde, l'assouplissement de celle-ci, enfin.

— M. Daumézon lit à l'*Académie de médecine* une note sur la *vitalité du bacille paratyphique B. dans les coquillages alimentaires contaminés.*

D'une série de recherches expérimentales, l'auteur estime pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Le bacille paratyphique B, cultivé dans l'eau de mer en concurrence avec une forme de *Proteus* très fréquente dans certains coquillages alimentaires où elle est inoffensive, tend à disparaître.

Cet antagonisme des deux bactéries ne paraît pas utilisable encore, dans les conditions actuelles, car il ne manifeste ses effets qu'après un temps trop long pour qu'on puisse les escompter dans la pratique.

— MM. Faure-Frémiet et Pfulb communiquent à l'*Académie de médecine* un travail sur la *cicatrisation des brûlures traitées par les pansements isolants à base de paraffine.*

MM. Faure-Frémiet et Pfulb ont étudié les phénomènes intimes de la cicatrisation des brûlures chez un grand nombre de malades traités à l'hôpital Saint-Nicolas d'Issy-les-Moulineaux, dans le service et suivant la méthode de M. Barthe de Sandfort.

On sait que cette méthode consiste à étendre sur la plaie une couche paraffinée qui constitue un pansement isolant, malléable, exactement appliqué sur toute la surface cruentée, mais non adhérent puisque les substances employées ne sont pas mouillées par l'eau.

Au point de vue clinique, les pansements paraffinés amènent une élimination rapide des escarres, la plaie présentant bientôt un aspect rouge et bourgeonnant. L'épidermisation se poursuit alors soit par l'extension d'un liseré périphérique, soit par le développement d'îlots épidermiques. Pendant que s'édifie le tissu granuleux et tant que se fait l'épidermisation, on observe la formation sur toute la surface cruentée d'un exsudat puriforme qui peut être très abondant. On trouve, dans cet exsudat, de nombreux leucocytes polynucléaires et un très grand nombre de microbes d'espèces banales (staphylocoques, streptocoques, pyocyanique). Grâce à une phagocytose active, cette infection des plaies demeure superficielle et la cicatrisation se produit aussi rapidement que celle des plaies traitées par la méthode de Carrel.

— M. Clayton lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement de la gale, des teignes et des phtiriases animales par la sulfuration.*

M. Clayton emploie, pour la désinfection en général, les gaz produits par la combustion du soufre en four clos. Ces gaz sont composés d'acide sulfureux et d'anhydride sulfurique.

L'auteur a appliqué ce mélange gazeux au traitement de la gale, des poux et des maladies cutanées parasitaires, chez l'homme et chez l'animal. L'homme est traité tout habillé, le cheval avec ses harnais. Les animaux sont soumis en groupe à la médication, chacun dans un box, la tête étant à l'air libre. Une heure à une heure et demie de sulfuration suffit, en général, à la destruction des parasites.

— MM. Nobécourt et Gimbert rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *streptococcémie*.

Les cas de ce genre sont des plus rares. Chez ce malade, les streptocoques paraissent avoir pénétré dans l'organisme par des lésions des pieds, reliquats d'anciennes gelures. Cliniquement, l'infection s'est traduite par un début brusque et une température rapidement élevée. Les symptômes généraux furent ceux de tout état infectieux grave. Il convient de noter l'importance et la ténacité des arthralgies, un érythème purpurique des coudes et une ecchymose sous-conjonctivale gauche. La rate était hypertrophiée et les urines très albumineuses. Le cœur était atteint d'endocardite aortique.

Le diagnostic ne put être posé avec certitude que par l'hémoculture. Le malade succomba le huitième jour, malgré le traitement (injection d'or colloïdal).

— MM. Félix Ramond, A. Petit et E. Carrié font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication intitulée ; *recherche du pouvoir digestif du suc gastrique par l'épreuve du tube de gélatine.*

On a proposé, pour apprécier la richesse en pepsine des sucs gastriques, de nombreuses méthodes ; digestion de l'albumine (procédé de Mette), de la gélatine en solution à 20 p. 100.

M. Ramond a recours également à la gélatine, mais il emploie une solution faible, à 3 p. 100, et il fait la digestion à froid. Dans son procédé, on verse, dans un tube à essai, cinq centim. cubes de solution gélatineuse (stérilisée à 100°), et l'on ajoute, sur la gélatine, cinq centimètres cubes de suc gastrique filtré.

Si l'on examine le tube, ainsi préparé, au bout de quelques heures, on voit, dans la gélatine, à une distance variable de son niveau supérieur une sorte d'anneau très net à l'examen par transparence. Cet anneau est fonction de l'acidité du suc gastrique ; il ne se forme pas si le suc est anacide et il se produit par seul contact d'une eau acidulée. En même temps, mais beaucoup moins vite, on voit s'abaisser le niveau de la gélatine, au fur et à mesure de sa digestion.

La digestion, pour un suc normal, atteint en moyenne 2 millim. 5 en vingt-quatre heures. Elle se poursuit jusqu'à disparition complète de la gélatine. Dans un tube de 15 m.m. de diamètre, un suc gastrique normal met environ 60 à 70 heures pour digérer un centimètre cube de la solution gélatineuse.

Ce procédé permet d'apprécier rapidement, d'une façon suffisamment approximative, la valeur peptique d'un suc gastrique et aussi son acidité chlorhydrique. L'anneau d'acidité se produit avec les acides minéraux seulement ; les acides non minéraux (acide lactique) ne le p ovoquent pas.

P. L.

VACCINOTHÉRAPIE

Sur une série de dix-huit malades traités par le vaccin anticoquelucheux fluoruré de l'Institut Pasteur de Tunis (1)

par le Dr Georges Benabu,

Aide-major de 1re classe, hôpital temp. n° 6, Sidi Fath-Allah (Tunisie).

		Malade depuis	Nombre de quintes au début du traitement	Nombre d'injections	Durée du traitement
		jours			jours
1	G..., 3 ans....	15	80	9	18
2	G. B..., 3 ans..	4	35	16	35
3	Y. B..., 4 ans 1/2	10	30	16	35
4	R. L..., 22 mois.	20	18	6	12
5	G. L..., 22 mois.	15	15	8	12
6	B. M..., 8 ans 1/2	10	46	18	43
7	C. M..., 3 ans 1/2	8	27	15	33
8	R. B..., 5 ans 1/2	20	11	4	9
9	P. P..., 6 ans..	15	20	10	22
10	H. ben H..., 2 a.	13	11	2	4
11	C. M.., 4 ans 1/2	12	21	11	29
12	C. M..., 2 ans 1/2	12	15	10	25
13	C. F..., 3 ans 1/2	5	20	5	10

Les injections ont été faites avec 1/2 c. c. de vaccin plus 1 c. c. 1/2 de sérum physiologique. Elles sont très peu douloureuses, bien supportées par les petits malades, chez lesquels elles ne provoquent ni réaction locale, ni réaction générales. Elles ont été pratiquées à raison de trois par semaine.

La nuit qui suit l'injection est ordinairement plus calme que la nuit précédente et que la nuit suivante.

Dans tous les cas, même ceux qui n'ont été influencés que lentement par le vaccin, l'état général s'améliore pendant le traitement.

La durée de la maladie ne dépend pas de l'âge du malade. Elle dépend moins de la précocité du traitement que de la gravité de l'infection. Le n° 10, malade depuis treize jours, guérit en 4 jours ; le n° 6, malade depuis dix jours, guérit en 43 jours.

L'injection peut être pratiquée aux tout petits enfants (malade n° 16).

Nous avons toujours pratiqué les injections intramusculaires dans la région fessière supérieure.

C'est ordinairement à la sixième ou septième injection que l'amélioration commence à se manifester. Avant, on ne constate que peu ou pas de modification dans la marche de la maladie ;

(1) *Archiv. de l'Institut Pasteur de Tunis*, T. X, Fasc. 1 et 2, octobre 1917.



NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
TOXIQUE
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES & MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 gram 3f50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
ANTISEPTIQUE
GYNÉCOLOGIQUE
PRIX 3f60
NÉOLIDES HB
SOINS ET HYGIÈNE INTIME DE LA FEMME
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren, Paris.

mais alors, les quintes deviennent moins nombreuses, moins violentes, les vomissements cessent, l'expectoration est facilitée. Généralement, la guérison est complète vers la dixième injection. Quatre de nos malades seulement ont reçu plus de dix injections. Ces coquelucheux étaient dans des conditions spéciales de mauvaise hygiène et avaient une coqueluche très grave (jusqu'à 46 quintes par 24 heures).

Les injections ayant été pratiquées à raison de trois par semaine, le traitement a duré moins de trente jours 9 fois sur 14 (65 %), moins de quinze jours 5 fois sur 14 (33 %), plus de trente jours 4 fois sur 14 (28 %).

Mais, dans une autre série, en raison de l'innocuité du vaccin, nous avons pu réduire la durée du traitement. Les injections ont été pratiquées quotidiennement et nous avons injecté chaque jour 5, 6, 8 ou 10 millimètres cubes de vaccin. Avec ces doses, nous n'avons jamais observé de réaction ni locale, ni générale.

		Malade depuis	Nombre de quintes au début du traitement	Nombre d'injections	Durée du traitement
		jours			jours
14	B. S..., 4 ans..	12	18	9	9
15	B. C..., 5 ans..	6	14	11	11
16	B. R..., 7 mois.	6	16	10	10
17	R..., 8 ans....	10	12	6	6
18	X..., 12 ans ...	22	17	14	14

Le malade 16, âgé de sept mois, a reçu dix injections quotidiennes, variant de cinq millimètres cubes à huit de vaccin anticoquelucheux. Il n'en a jamais été incommodé.

Le malade 18 est un enfant de douze ans, en très mauvais état général, amaigri, présentant des signes de rachitisme, de l'adénite cervicale chronique, des râles de bronchite double. Il a parfaitement supporté le vaccin quotidien.

Conclusions. — Les injections de vaccin anticoquelucheux intramusculaires peuvent être pratiquées quotidiennement à tous les âges. On peut employer dose minima (un demi cent. cube) ou dose maxima (un cent. cube) sans aucun inconvénient.

Le mauvais état général (n° 18) et le tout jeune âge (n° 16) ne sont pas des contre-indications. Sauf des cas tout à fait exceptionnels, la malade est jugulée avant ou en quinze jours. L'amélioration commence vers la sixième injection. Le vaccin améliore toujours l'état général du malade.

CHIRURGIE PRATIQUE

Dissection et résection incomplètes du sac dans certaines hernies scrotales volumineuses

par le Docteur Béranger (Raimond),
Aide-major de 1re classe,
Chef d'équipe chirurgicale.

Chargé du service chirurgical d'une ambulance immobilisée de janvier à fin août 1917, nous avons été appelé à opérer un certain nombre de hernies chez des récupérés du service armé.

Le procédé de résection que nous indiquons ne s'applique qu'à celles nettement scrotales. Ces soldats, en raison de leur infirmité, avaient été affectés à des services secondaires ou versés dans l'auxiliaire. Lors de visites ultérieures, les médecins avaient pensé qu'une intervention anssi bénigne que celle de la hernie devait être effectuée, et que ces hommes pourraient être rendus à une vie militaire plus active. Beaucoup avaient même sollicité cette opération.

Pour éviter les inconvénients de l'anesthésie générale et les complications pulmonaires assez fréquentes, nous avons, dans tous les cas, eu recours à la rachianesthésie, soit avec la novocaïne 0,06 centigr., soit avec la stovaïne de 0,06 centigr. à 0,08 centigr. Cette anesthésie a d'ailleurs été acceptée avec empressement par nos hospitalisés, satisfaits d'être opérés « sans être endormis » comme ils disaient. Nous n'avons jamais employé la cocaïne en injections locales, n'en ayant pas l'habitude, et ayant assisté maintes et maintes fois à des cures véritablement trop douloureuses.

Afin de réduire au minimum la durée de l'intervention, longue et laborieuse, les sacs de ces vieilles hernies étant très adhérents ; nous avons été amené à l'occasion de l'une d'elles particulièrement difficile, à pratiquer une opération qui au premier abord aurait pu paraître incomplète, mais qui a cependant présenté les mêmes garanties au point de vue de la réduction de la hernie, de la réfection et de la solidité de la paroi. Par la suite, nous avons eu recours à cette technique de nombreuses fois. Quelle est-elle ?

Description. — Après incision de la peau, du tissu cellulaire, de l'aponévrose du grand oblique et de la fibreuse commune du cordon, nous recherchons le sac au moment où d'inguinal il devient scrotal ; ouverture de ce sac sur une petite étendue pour vérification, pose de deux pinces de Péan ou de Doyen sur les deux lèvres de cette incision. Dissociation circonférentielle du sac d'avec les éléments du cordon à ce niveau sur une largeur de deux centimètres envi-

ron. Après s'être assuré par la boutonnière pratiquée antérieurement qu'aucune anse intestinale ou partie épiploïque n'était adhérente à cet endroit, une pince de Kocher est posée transversalement sur le sac. Il est alors sectionné perpendiculairement à sa direction, un centimètre au-dessous de cette pince. Le sac est donc divisé en une partie supérieure, inguinale, et une partie inférieure, scrotale. Cette dernière ne nous intéressera plus, nous l'abandonnerons complètement. Adhérente depuis de longues années à tous les autres éléments du cordon, véritable séreuse, elle continuera à avoir sa vitalité propre avec sa circulation. L'opération sera continuée par la dissection de la partie supérieure du sac, sa ligature le plus haut possible, au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal ; puis réfection de la paroi, suivant le procédé préféré par chaque chirurgien.

Inconvénient. — Nous n'avons jamais remarqué de complication ; or tous nos opérés ont été soignés à l'ambulance jusqu'au lever, gardés dix à douze jours et envoyés directement en convalescence dans leur famille. Presque tous nous ont donné de leurs bonnes nouvelles.

Avantages. — 1° L'opération est *considérablement écourtée* avec les anesthésiques généraux, personne ne niera ce bénéfice. Avec la cocaïne, les réinjections au cours de l'intervention ne sont plus nécessaires pour la dissection de la partie scrotale. Avec l'anesthésie lombaire dont l'efficacité optima est en moyenne de cinquante à soixante minutes, la fin de l'opération aurait pu être douloureuse, l'élimination de la novocaïne augmentant avec la durée de la cure ; or la dissection de ces sacs est souvent longue et laborieuse.

2° On ne crée aucune surface d'avivement qui peut être l'origine d'un gros hématome secondaire par suintement même insignifiant, hématome qui lui-même peut devenir suppuré.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les ferrugineux dans le traitement de la tuberculose

On hésite quelque peu à recourir aux préparations martiales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire plus ou moins avérée par crainte de provoquer l'hémoptysie. Cette abstention est d'autant plus regrettable que certains sels ferriques neutres, notamment, sont des agents d'arrêt incontestable du processus tuberculeux et qu'ils peuvent fort bien enrayer un certain nombre de phtisies commençantes. Dans les états prébacillaires, l'anémie est la règle, et elle constitue un état éminemment favorable à une rapide évolution tuberculeuse ; comme l'ont noté Landouzy et Gougerot, les tuberculoses sont rares qui ne débutent pas par de véritables ravages hémolytiques. L'indication d'un traitement propre à relever le taux globulaire est donc formelle, et seules les poussées congestives que déterminent parfois les martiaux, rendent leur administration quelque peu délicate, chez les tuberculeux. Pour pallier cet inconvénient, on a songé à les faire alterner avec les phosphates organiques qui, eux aussi, sont hématogènes et réparent la déminéralisation urinaire et broncho-catarrhale. De plus, ils favorisent l'assimilation azotée (Desgrez), activent la cicatrisation des lésions et apaisent l'éréthisme pulmonaire.

La phytine (anhydro-oxyméthylène-diphosphate double de chaux et de magnésie) possède au plus haut point ces propriétés. La ferrophytine, association synergique du phosphore organique de la phytine avec le fer colloïdal, répond donc parfaitement aux indications de la prophylaxie bacillaire et de certaines formes de tuberculose anciennes. Hérard et Cornil ont fort bien défini la part que doit prendre le fer dans la thérapie de la tuberculose : « Nous n'hésitons pas, disent-ils, à considérer le fer comme capable de rendre des services réels, surtout dans les formes apyrétiques, lorsque les signes de l'anémie sont prononcés et qu'il n'y a pas de tendance trop marquée aux hémoptysies ».

La diététique, devançant le laboratoire, lui avait montré cette voie nouvelle par ses régimes de jaunes d'œufs, si riches en fer et en phosphore, et la réalisation d'un médicament, tel que la ferrophytine, moins excitante que les lécithines animales, plus riche en fer et en phosphore, est une des meilleures acquisitions de la nouvelle pharmacopée. N'ayant aucun des inconvénients des préparations ferrugineuses habituelles du côté de l'appareil digestif, elle est destinée à remplacer avec avantage d'anciens médicaments tels que l'iodure de fer, et même l'huile de foie de morue, dès que celle-ci détermine des troubles gastro-intestinaux. La ferrophytine se classe dès à présent au premier rang parmi les agents propres à enrayer l'évolution bacillaire. Elle constitue le meilleur traitement de défense de la période prétuberculeuse ; dans la tuberculose confirmée elle modifie très favorablement les formes torpides, apyrétiques, avec anémie marquée et dénutrition, et les services qu'elle rend alors sont d'autant plus appréciables que ces formes réagissent d'ordinaire assez mal aux autres thérapeutiques.

Avis à nos abonnés.

—

Nous prions nos lecteurs qui *n'ont* pas encore renouvelé leur abonnement *échu*, de réserver bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la poste d'ici quelques jours.

Cette quittance sera majorée de 50 centimes pour frais de recouvrement.



AVIS

—

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de police* pour Paris, et pour la province par *le commissaire spécial du chef lieu du département*.

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.



DON

—

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bottiau, de Châteaumeillant (Cher), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.



Suite page XX

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La technique de la tension artérielle

Aucune des techniques proposées n'est parfaite, car aucune des méthodes ni des appareils proposés ne sont rigoureusement exacts.

Faire un choix ; se familiariser, sans cesse, avec la méthode et le dispositif choisis. Ainsi l'interprétation que l'on en donnera, viendra en aide à l'examen du pouls et à l'auscultation du cœur. Les mensurations seront ainsi « cliniquement » vraies.

Oscillo-sphygmomanomètre de Pachon. — (Le nouveau dispositif de « Lian-Pachon » constitue une amélioration réelle, mais trop complexe pour des examens fréquemment répétés.) Ces notes ne s'appuient donc que sur « l'appareil de Pachon ».

***

L'heure de l'examen n'est pas indifférente. Choisir, de préférence, le matin, au réveil du malade, celui-ci étant à jeun.

Application de l'appareil : Se rendre compte qu'aucun vêtement constricteur ne peut gêner, soit au niveau de l'aisselle, soit au niveau du coude, la circulation brachiale.

Prévenir le (ou la) malade que la pression exercée par le brassard *va être vive, mais non douloureuse.* (Ceci pour éviter la surprise, chez des gens nerveux, qui, ramenant à eux brusquement leur poignet, risquent — cela est arrivé — de jeter à terre le « Pachon ».)

Pendant l'examen, recommander le *silence au sujet*, de même que l'immobilité la plus complète (le plus léger mouvement des doigts retentit sur l'oscilloscope.

Avoir soin de bien placer le bras, dans une attitude commode *qui n'exige aucun effort* de la part du sujet.

D'emblée, serrer suffisamment le brassard afin que le poignet soit tout entier et également comprimé.

Dès lors, insufflez assez d'air (la vis d'échappement étant rigoureusement fermée) pour que l'aiguille du manomètre marque au moins 20. *Ne jamais manier au même moment* la vis d'échappement et la manette de séparation.

Desserrez la vis d'échappement de telle sorte que l'aiguille du manomètre descende à 19. Appuyez sur la manette de séparation. L'aiguille du grand cadran entrera ou n'entrera pas en mouvement. Si vous obtenez de franches oscillations, serrez à fond la vis de serrage et augmentez de pression jusqu'à 22 ou 25 du cadran manométrique et recommencez les mêmes opérations...

Tout d'abord, voici des observations à peine perceptibles.

Le moment où une oscillation se différenciera en plus grand de la précédente, sera celui que vous noterez : Mx = *Maximum* (ceci aux environs de 15).

Continuant à desserrer *alternativement* la vis d'échappement et à appuyer sur la manette de séparation, vous en arrivez à obtenir de larges oscillations qui seront égales à elles-mêmes. Mais assez rapidement, vous remarquez que l'une d'entr'elles est nettement inférieure à la précédente. Vous notez Mn = minimum. *Le manomètre accuse dès lors 8 à 9.*

Explication : 15 = mx, 8 = mn., voilà pratiquement la normale.

On aura tôt fait de voir que *chez un même sujet* considéré soit à quelques jours d'intervalle, soit à divers moments de la journée, le mx = 15, varie vers 16, 17 (et quelquefois 18) alors que 8 à 8 1/2 (ou 9) DEMEURE REMARQUABLEMENT STABLE. Ce dernier chiffre indique le régime moyen permanent du *fleuve sanguin*. Le chiffre « **mx** : 15 » est « la mesure dynamométrique de *l'énergie du cœur gauche* ».

Les variations de Mn auront donc la plus extrême importance.

En pratique, dès que vous verrez Mx dépasser 16 à 17, pensez à un *hyperfonctionnement hypertrophique*, mais qui n'est pas toujours une lésion : *il peut indiquer une réaction de défense*...

« La pression minima = Mn, représentant *la résistance* que le cœur doit vaincre *au début* de la systole ventriculaire » (Pachon), la sévérité du pronostic sera *en raison directe* de l'élévation de la minima.

N.-B. Le pronostic est d'autant plus favorable que les deux termes « Mx et Min. » s'élèvent ensemble vers la normale (1).

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Les médecins pères de famille nombreuse sont mis en congé sans solde.

S'il y a parfois de rares mécontents parmi les abonnés du *Concours*, il y a aussi des heureux ; nous sommes du nombre, grâce à vos campagnes en faveur des docteurs pères de famille nombreuse. Depuis décembre 1916, à la suite d'une démarche que j'ai faite au Ministère de la guerre, mon mari a pu revenir 1 mois avant la naissance de notre 7e.

(1) Cf. Marcel VÉRUT. — Energie cardiaque et tension artérielle (Maloine, édit. 1915). Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs, ce travail qui apporte beaucoup de clarté dans une question fort complexe.

Depuis décembre 1917, il est mis en congé sans solde ; cette situation est préférable à tous points de vue.

Veuillez donc recevoir l'hommage de notre reconnaissance bien tardive, mais bien sincère.

L. C.

Le Corps médical doit se prémunir contre les dangers d'exploitation qui le menacent.

I

Cette guerre qui dure déjà depuis plus de trois ans, va entraîner à sa suite bien des bouleversements. La profession médicale est une des plus menacée.

Je ne parle pas des situations perdues pour nos confrères des régions envahies, et pour une grande partie des médecins mobilisés depuis le début de la campagne, mais de l'exercice de la médecine pour tous les confrères de France.

Déjà des lois sont en préparation ou soumises aux votes de la Chambre et du Sénat pour donner la gratuité des soins jusqu'à la mort ou jusqu'à la guérison complète, non seulement aux blessés de guerre, mais encore aux blessures et maladies contractées ou aggravées du fait de la guerre ou en service commandé. Or, presque tous les billets d'hôpital portent la mention : « Contracté ou aggravé en service commandé ». Bronchite, tuberculose, orchite tuberculeuse, tumeurs blanches, hémorrhoïdes, hydrocèle, varicocèle, entérites, troubles cérébraux et nerveux, affections des oreilles ou de la gorge, etc..., enfin toutes les maladies. Donc après la guerre presque tous les hommes de 19 à 55 ans, ayant été mobilisés, prétendront à la gratuité des soins, leurs maladies ou malaises ou infirmités ayant été contractés pendant leur mobilisation, donc en « service commandé ». Si leurs prétentions ne sont pas fondées, il faudra que ce soient *nous* qui le prouvions et comment... ? Nous avons déjà bien des difficultés pour faire toucher nos honoraires ; combien notre profession va devenir difficile ? Combien d'ennuis ces lois nous réservent ? ?

Puis, il est certain que les ouvriers et ouvrières qui travaillent dans les usines de guerre, toutes les femmes et les jeunes gens qui ont été mobilisés et ont été employés par l'État, feront valoir aussi leurs droits à cette gratuité.

Que nous restera-t-il à soigner pour vivre ? De quoi se composera notre clientèle d'après-guerre ?

Avant la guerre, on avait essayé de fonctionnariser la profession médicale ; il est à craindre que la guerre fasse faire des progrès à cette idée et que nous trouvions, à notre retour dans nos foyers, des médecins fonctionnaires et des lois qui nous empêchent de vivre de notre diplôme.

pour nous tous, praticiens mobilisés, qui depuis 3 ans passés, donnons, comme tous, notre dévouement, notre savoir, nos efforts, notre santé au service de notre Pays et de nos chers blessés. Je ne parle pas de ceux, déjà nombreux, qui ont donné leur vie ou sont mutilés.

Le Pays a reconnu l'héroïsme et le dévouement inlassable du Corps médical. Pourquoi, après la guerre, le Corps médical sera-t-il le seul à continuer à souffrir ? Pourquoi, comme toujours et plus que jamais, lui imposera-t-on la gratuité ou un tarif de famine pour son assistance ? Pourquoi l'Etat, le Pays, feront-ils supporter au Corps médical la plus grande partie des frais pour les soins que réclameront tous ceux qui ont été blessés, malades ou infirmes au service du Pays.

Pourquoi, nous, médecins, serons-nous les seuls, bien que payant comme tout le monde de lourds impôts, à ne plus pouvoir exercer librement notre profession ?

Les Syndicats ouvriers sauront faire maintenir, après la guerre, les tarifs élevés actuels, ils sauront défendre les intérêts et les revendications de toutes les professions ouvrières. Mais les Syndicats ouvriers sont forts :

1° Parce qu'ils sont soutenus par de puissants groupements du Parlement.

2° Parce qu'ils font peu de politique, s'occupant surtout et avant tout de défense des intérêts professionnels.

Que font nos Syndicats médicaux ? Que font nos groupements médicaux parlementaires ? Beaucoup plus de politique que de défense professionnelle.

Pourquoi nos Syndicats médicaux n'emploieraient-ils pas les méthodes des Syndicats ouvriers ? Pourquoi ne nous joindrions-nous pas aux Syndicats ouvriers ? Cette union nous a déjà réussi pour l'application de la loi sur les Accidents du travail ; elle pourrait nous servir pour l'application des lois sur les Accidents et les conséquences de la guerre. La situation est actuellement plus grave, et ne croyez-vous pas qu'il serait urgent dès maintenant de s'occuper activement et efficacement de la défense des intérêts du Corps médical ?

Le Corps médical est puissant, en province surtout il est maître de bien des votes. On pourrait commencer dès maintenant à établir les moyens d'action. Qu'importe l'opinion du candidat, député ou sénateur ! Après la guerre, il y aura plus de groupements professionnels que de groupements politiques. On fera campagne pour celui qui promettra la défense de nos revendications claires, raisonnables, qui doivent nous permettre de vivre, comme tous, honorablement et librement, de notre profession, après la guerre.

Je me permets de vous faire part de ces idées qui sont le résumé de multiples conversations que j'ai eues avec plusieurs confrères de Paris, de Province, syndiqués ou non. H. P.

II

Bien que le rôle des Syndicats médicaux soit forcément très limité, tant que durera la guerre, il ne faudrait pas que nos confrères cessent d'envisager avec attention tout ce qui a trait à l'exercice de la profession, aussi bien dans son avenir que tant qu'à présent.

A ce propos, nous devons leur signaler un projet qui ne laisse d'être gros de conséquences.

Il est question, tant au Parlement que dans les Ministères de l'Intérieur et de la Guerre, d'imputer, à l'Assistance publique, les soins médicaux à donner après la guerre aux militaires réformés, aussi bien aux réformés n° 2 qu'à ceux n° 1.

Voilà le projet actuellement en discussion. A vrai dire, cette éventualité était à prévoir. Il faudra bien que le pays prenne à sa charge les soins des centaines de mille hommes qui ont été blessés ou sont tombés malades en défendant sa cause sacrée. Mais il reste à savoir, si l'Etat, comme il semble y avoir pris goût, ne cherchera pas à se débarrasser de cette charge immense en la faisant passer sur les épaules d'une classe d'individus bien connus pour leur dévouement, la nôtre ?

Il ne faut pas se le dissimuler, le danger n'est pas minime.

La quantité des réformés sera considérable, et si ces anciens militaires ont le droit, comme il en est question, d'user gratuitement du médecin, quelle que soit leur situation de fortune, pour toutes les affections dont ils seront atteints, leur vie durant, même si celles-ci n'ont aucun rapport avec la blessure ou la maladie qui a déterminé la réforme, on peut estimer que la population habituée à appeler le médecin sans avoir à le payer directement, sera augmentée dans des proportions considérables.

Voici l'état actuel des choses. Tout est encore à l'état de projet. Mais il semble, d'après le tour qu'ont pris les discussions, que ce projet devra être mûri au sein de commissions consultatives dans lesquelles l'élément médical civil est assez chichement représenté. Dr M.

Réponse.

Nous sommes tellement d'accord avec vous sur le principe, que vous trouverez dans ce numéro le compte-rendu de la séance de la Chambre où il fut fait assez bon marché de nos intérêts, malgré la courageuse intervention de quelques parlementaires dévoués au Corps médical.

Nous vous renvoyons également au *Concours médical* du 14 octobre 1906, n° 41, pages 741

à 744, et aux *Bulletins de l'Union des Syndicats médicaux* du 5 janvier 1906, nº 1, pages 17 et 18, et nº 7 du même *Bulletin* du 5 août 1906, page 1914, où notre confrère Diverneresse a défendu les idées que vous émettez aujourd'hui.

Nous lutterons de toutes nos forces pour que les praticiens ne soient pas l'objet d'une exploitation qu'ils n'ont rien fait pour mériter, au contraire.

Des compliments

Je vous envoie très volontiers la somme de 12 frs pour abonnement au *Concours Médical* à partir du 1er janvier 1918. Je profite de l'occasion pour dire tout le bien que je pense de cet organe professionnel, un des rares qui mènent le bon combat du syndicalisme et sur lequel je compte pour obtenir le plus tôt possible que la médecine soit comme les autres professions justement « honorée ». Dr C.

Des encouragements.

I

Par ce même courrier, je vous adresse un mandat-carte de 12 francs, pour mon réabonnement au journal, avec mes excuses de ne l'avoir pas fait plus tôt.

Je profite de cette occasion pour vous adresser mes félicitations pour votre campagne défendant les intérêts du Corps médical.

Les variétés de condition des médecins mobilisés sont nombreuses et certes, il est impossible de contenter tout le monde.

De nombreuses améliorations ont été apportées, mais il y a encore, hélas ! de non moins nombreuses injustices.

On voit encore souvent des bons postes occupés par des médecins jeunes (je veux dire autour de la trentaine), aussi je vous engage à persévérer à demander la relève sur l'intérieur de tous les médecins R. A. T. Dr C.

Réponse.

Nous avons l'assurance, — voyez la Circulaire ministérielle ci-après — que notre nouveau Sous-Secrétaire d'Etat va mettre ordre à tout ceci et réaliser son heureuse formule intégralement : les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière.

II

Je vous retourne par le même courrier, un mandat-carte de 12 fr., montant de mon abonnement à 52 numéros du *Concours médical*.

Je vous exprime le regret de ne pas l'avoir fait avant d'avoir reçu votre lettre-avis. En effet, nouvellement promu au 3e galon, ma solde actuelle me permet de distraire le prix d'un abonnement, ce qui ne m'était guère facile avec

une solde de 2 galons, étant chargé de famille. Je vous remercie de m'avoir toujours fait parvenir jusqu'à ce jour les différents numéros de votre journal.

Bien que mon avis soit de très minime importance, je profite de la circonstance pour vous donner mon entière approbation et vous féliciter pour la façon dont le *Concours médical* a toujours soutenu les intérêts médicaux militaires et civils.

Dr C.

A propos de l'avancement.

Dans votre dernier numéro, vous exprimez cette idée très juste, que pour les anciens médecins de la territoriale, l'avancement est laissé largement à l'arbitraire de nos supérieurs. Vous demandez un peu plus de justice par la réserve de quelques places à l'ancienneté.

Vous voudriez aussi qu'il fût tenu compte non seulement du service rendu depuis la guerre, service qui peut paraître plus ou moins grand selon que l'on sera plus ou moins « persona grata », mais encore des services d'avant-guerre donnés de façon désintéressée à l'État ou aux collectivités.

L'on éviterait ainsi des évènements fâcheux comme celui qui vient d'être constaté à Nice, mais on pourrait se rendre compte aussi que certains médecins ont été sollicités de vouloir bien donner des soins gratuits aux gendarmes et à leur famille, aux douaniers, à de petites formations militaires, soins dont ils ont été récompensés (?) par une lettre d'éloges officiel du Ministre après dix ans de soins gratuits au minimum.

Et peut-être jugerait-on que ces confrères qui ont huit ou dix ans de grade, qui ont commencé à soigner des gendarmes gratuitement, il y a quinze ans, et qui sont mobilisés depuis le 2 août 1914, devraient décemment recevoir le 3e galon aussi rapidement que tant d'autres qui n'ont pas rendu le même service.

Mais sur quels états de service sont consignés ces soins gratuits donnés généreusement par les médecins de la gendarmerie ?

Dr X.

Réponse.

Nous sommes d'accord avec vous sur le principe même de l'avancement des médecins mobilisés, basé sur leur ancienneté et sur les services qu'ils ont rendus à des titres divers.

Mais laissez-nous vous dire que nous n'avons jamais été partisans de la gratuité des soins aux gendarmes, dont l'État acquitte désinvoltement les honoraires par quelques lettres de félicitations et quelques médailles, montrant, qu'ayant ainsi payé sa dette (!), il entend ne pas tenir compte de ces services particuliers pour créer des titres à l'avancement.

Les cours de perfectionnement des étudiants mobilisés.

Il m'a été raconté qu'on créait dans la zone des armées 3 écoles de perfectionnement pour les étudiants en médecine mobilisés.

N'ayant pu connaître d'autres indications, j'ai pensé que le *Concours médical* était mieux renseigné.

Existe-t-il donc des écoles ou si non en formera-t-on ?

A qui seront-elles accessibles ?

Sera-ce un droit ou une faveur ? J. A.

Réponse.

Ces cours existent en effet. Adressez-vous à M. Louis Leroux, 18, rue de Grenelle, Paris.

Une indication bibliographique.

Un de nos confrères réclamait dans un des derniers numéros du *Concours* des renseignements sur l'ouvrage du Dr Abrams, diagnostic thérapeutic. — J'ai correspondu avec la maison Maloine à ce sujet — l'ouvrage est à prendre à 30 fr., port en plus : il faut le temps de le faire venir d'Amérique.

Si une traduction française paraissait, je serais heureux d'en être averti.

Dr Bailly-Salin.
Médecin-chef au ...e ter.

Au sujet de la solde des médecins auxiliaires et des sous-aides majors.

I

On va augmenter — à cause de la cherté de la vie — les soldes des officiers et sous-officiers à « solde mensuelle ».

Les étudiants en médecine, qui ne sont ni officiers, ni assez vieux pour être à « solde mensuelle », continueront à toucher 100 et 118 francs par mois.

Pour eux, pourtant, — comme pour tout le monde — le prix de la vie a doublé et triplé...

On ne les nomme pas officiers.

Osera-t-on leur marchander le bénéfice « de la solde mensuelle » ?

II

J'excepte — et à dessein — tous les jeunes adjudants et adjudants-chefs qui sont « à solde journalière » comme nous.

Pour peu qu'ils aient un brin de valeur, ils peuvent passer officiers, dans n'importe quelle arme.

Nous ne le pouvons pas.

Bien mieux, vis-à-vis de nos pairs les sous-officiers, à solde mensuelle, nous sommes en état d'infériorité pécuniaire ! !

Situation ridiculement triste. F. L.
Sous-aide-major.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Les galons et les appellations du personnel du Service de Santé.

Referendum urgent.

A différentes reprises, nous avons traité à notre point de vue la question de l'assimilation des médecins militaires aux officiers des armées combattantes, publié les correspondances qui nous ont été adressées à ce sujet, fait connaître notre opinion propre.

D'aucuns nous ont approuvé. Certains autres, — tous, pour ainsi dire, du cadre actif —, par contre, ne sont pas de notre avis, et réclament même pour les médecins, une extension de l'assimilation allant jusqu'à l'identité d'appellation entre les uns et les autres.

D'autres, enfin, n'ont pas compris le sens de la réforme que nous voudrions voir effectuer dans le Service de Santé. Ils y ont vu, nous ne savons quelle tendance à « *dégrader* » les médecins militaires, alors qu'au contraire, nous réclamons l'émancipation du médecin dans l'armée.

A la vérité, notre manière de voir, qui s'inspire de ce que nous croyons être le véritable intérêt de nos confrères, appuyée sur les encouragements que nous avons reçus, nous est personnelle. Il est possible que, dans le Corps médical mobilisé, la majorité soit favorable au maintien du *statu quo* complété (nous dirions, nous, aggravé) par l'assimilation étroite des appellations.

Aussi, avons-nous décidé de consulter nos lecteurs et de leur demander leur avis.

Nous ouvrons donc un referendum auquel

1° *Demandez-vous le maintien de l'assimilation telle qu'elle existe actuellement, quelles que soient les appellations ?* — **Oui** / **Non** / **Observations**

APPELLATIONS

2° *Etes-vous d'avis de maintenir les appellations actuelles, médecin-major, médecin-principal... ?* — **Oui** / **Non** / **Observations**

3° *Etes-vous d'avis d'augmenter l'assimilation, en appelant le médecin par son grade : lieutenant, capitaine, commandant ?* — **Oui** / **Non** / **Observations**

4° *Etes-vous d'avis de donner plus d'indépendance morale au médecin, de lui conserver son caractère professionnel en ramenant toutes les appellations entre médecins et tous autres officiers ou inférieurs à celle de* **Docteur** ? — **Oui** / **Non** / **Observations**

5° *Etes-vous partisan d'une modification radicale dans l'organisation du Service de Santé telle qu'elle est esquissée ci-dessus : échelle de solde, hiérarchie administrative par lettres de service selon les aptitudes, tenue spéciale ?* — **Oui** / **Non** / **Observations**

6° *Avez-vous quelque contre-proposition à faire ou quelques observations à présenter ?* — **Oui** / **Non**

7° *Lesquelles ?*

Le 1918.

Signature :

Grade :

Affectation :

N. B. — Les noms et affectations ne seront pas publiés.

nous leur serions particulièrement reconnaissants de vouloir bien répondre, *dans le plus bref délai possible*, la question présentant un intérêt parlementaire de la plus grande urgence.

Mais auparavant, nous demandons à préciser de nouveau notre conception.

***

Nous sommes partisans d'une autonomie réelle du Service de Santé, en liaison cependant avec les Etats-Majors.

Le Service de Santé a un rôle tout spécial à remplir. Nous voulons qu'on lui donne les moyens de le faire, avec toute l'autorité et l'initiative nécessaires, entraînant naturellement une entière et complète responsabilité.

Les officiers du Service de Santé, en général, et les médecins en particulier, doivent avoir une tenue, un uniforme, des attributs apparents, qui permettent de les distinguer à première vue des autres officiers.

Il nous importe peu que cette tenue comporte des insignes comparables aux insignes actuels de grade. Mais nous n'acceptons pas la hiérarchie actuelle, basée sur l'assimilation.

Nous réclamons une échelle de solde apportant, dans des conditions à déterminer, un accroissement de ressources au médecin militaire, au fur et à mesure qu'il avance en âge.

Quant à la hiérarchie proprement dite, sur le terrain administratif, elle nous paraît pouvoir être basée uniquement sur les aptitudes et les compétences, et les situations respectives qu'elle comporte, reconnues par des lettres de service révocables, mais aussi renouvelables.

Tel sera désigné comme chirurgien d'un service d'hôpital, d'un secteur, d'un groupement important. Tel autre dirigera un poste de radiologie. Tel autre sera à la tête d'un centre de neurologie. Tel autre enfin sera médecin-chef de service d'un bataillon d'infanterie, d'un groupe d'artillerie, d'une compagnie de génie, etc...

L'appellation la plus flatteuse qu'on puisse donner à un médecin, c'est celle de *Docteur*.

Ceci défini, nous posons nos questions.

Monsieur le Directeur

du « Concours Médical »

132, *Faubourg Saint-Denis*, **PARIS**

Médecins de carrière et médecins de complément

Je suis avec la plus vive attention les campagnes que vous menez inlassablement pour la défense des intérêts des médecins mobilisés. Je ne saurais trop vous encourager à poursuivre vos efforts dans l'avenir, convaincu que ceux que vous avez déployés dans le passé ont eu une heureuse influence sur les décisions qui ont été prises depuis quelques mois en faveur des médecins des réserves.

Ceci dit, permettez-moi de vous mettre en garde contre certaines critiques adressées aux médecins de l'active, et auxquelles vous *prêtez une oreille-complaisante* (ce sont vos propres expressions).

Des correspondants, dont vous accueillez impartialement les plaintes, s'étonnent qu'il puisse exister des divisions dans lesquelles on ne rencontre pas un seul médecin d'active. Leur étonnement me surprend, après la publication que vous avez faite des chiffres officiels qui limitent à 1.258 le nombre des médecins militaires de carrière actuellement en service.

1258 ! Comment voulez-vous-en trouver partout ? Admettez qu'il n'y ait que 125 Divisions d'infanterie dans l'armée française, et rendez-vous compte, — c'est facile, — de la proportion de médecins d'active qu'il est possible d'y affecter, sous déduction d'abord des médecins inspecteurs et principaux, qui sont tout désignés comme médecins chefs d'armées, de corps d'armées, de divisions...

Il ne reste donc plus que les médecins-majors et les aides-majors.

Or, dans une Division d'infanterie, il faut compter au moins 45 médecins. Une répartition stricte des médecins de carrière en placerait 8 tout au plus dans chaque Division. Comment voulez-vous dès lors qu'ils ne passent pas inaperçus ? Vous savez bien d'ailleurs qu'il y a plus de 125 Divisions dans l'armée française. Et je n'envisage pas les besoins des formations sanitaires autres que les ambulances ; or vous savez si, heureusement, les hôpitaux de toute catégorie, sont nombreux... Je procède ainsi à un calcul simpliste qui aboutit à un maximum théorique des disponibilités des médecins de l'active.

Remarquez que je n'ai aucun intérêt à prendre la défense de ceux-ci, étant moi-même un vieux médecin de complément au bout de son rouleau. Remarquez aussi que je sais des faits parfaitement authentiques, où des médecins d'active ont été particulièrement désagréables, pour ne pas dire plus, avec leurs camarades des réserves, et que je suis loin de les en approuver.

Mais, ici, comme en tout, il faut se garder de généraliser. Je connais des médecins actifs qui ont eu la plus belle conduite au feu, et je pourrais vous citer tel régiment de la 11e Région où j'ai eu l'occasion de rencontrer 3 confrères, deux actifs et un de complément. Tous 3 avaient fait Verdun côte à côte : c'est le médecin de complément qui y gagna la Légion d'honneur, la Croix de guerre avec palme et l'avancement. Je ne prétends pas qu'il ne les méritait pas, au contraire. Mais je vous cite cet exemple pour vous montrer qu'il n'est pas toujours juste de prétendre que profits et honneurs ne vont qu'aux médecins d'active.

Excusez la longueur de cette lettre. Je suis trop votre ami pour ne pas chercher à vous aider à demeurer dans la limite d'une équitable impartialité, que vous vous efforcez d'ailleurs d'atteindre, presque toujours avec bonheur.

Réponse

Croyez bien que nous n'avons aucun parti pris contre les médecins de carrière.

Votre argumentation, qui nous frappe, ne manquera pas de faire impression sur nos lecteurs.

Mais il n'en est pas moins vrai que nos confrères du cadre actif n'ont pas toujours eu, vis-à-vis de leurs confrères des réserves, l'esprit de camaraderie, de confraternité, de bienveillance, que nous aurions voulu voir dominer en eux.

Ce sont les agissements de certains, trop nombreux, malheureusement, qui ont créé autour de l'ensemble cette atmosphère de méfiance et... d'hostilité qui s'est peut-être un peu trop épaissie, et que nous ne demandons, pour notre part, qu'à voir s'éclaircir et se dissiper.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

1699. — M. Chauveau, sénateur, demande à M. le ministre de l'instruction publique qu'il soit permis aux étudiants en médecine et P. C. N. de la classe 1917, pourvus d'une inscription, de prendre, pour les premiers les quatre inscriptions ; pour les seconds, le P. C. N., avec deux inscriptions de médecine. (*Question du 5 décembre* 1917.)

Réponse. — Les inscriptions dont il s'agit ne pourraient être concédées aux étudiants dont la situation est signalée par l'honorable sénateur, que si M. le ministre de la guerre, dont ils

dépendent, consentait à leur donner les facilités suffisantes pour accomplir la scolarité correspondant auxdites inscriptions.

Ces facilités, pour que la mesure proposée fût équitable, devraient, d'ailleurs, être accordées aux étudiants des classes 1915 et 1916 qui ont été incorporés, comme ceux de la classe 1917, en cours d'année scolaire.

Si M. le ministre de la guerre ne croyait pas pouvoir accorder ces facilités aux étudiants de ces trois classes, ceux-ci bénéficieront des mesures réparatrices promises pour la fin des hostilités à tous les étudiants arrêtés dans leurs études par l'état de guerre.

J. O. 12 décembre 1917.

17477. — M. Brenier, député, demande à M. le ministre de la guerre quelle différence il y a, au point de vue de l'affectation, entre un médecin auxiliaire du service auxiliaire, apte à faire campagne, et un médecin auxiliaire du service armé. (*Question du* 18 *septembre* 1917.)

Réponse. — Les médecins auxiliaires classés dans le service auxiliaire ne doivent être affectés qu'aux formations non combattantes.

J. O., 18 novembre 1917.

18117. — M. Gilbert Laurent (Loire), député demande à M. le ministre de la guerre pourquoi, dans la liste des professions libérales du *Journal officiel* du 28 septembre, page 7653, figurent à la fois les médecins et les professions médicales, et quelle distinction le ministre fait entre ces deux termes. (*Question du* 9 *octobre* 1917.)

Réponse. — Le décret du 24 septembre dernier (*Journal Officiel* du 28) a été abrogé par celui du 5 octobre 1917. (*Journal Officiel* du 6 octobre.)

J. O., 23 novembre 1917.

18248. — M. le lieutenant-colonel Girod, député, expose à M. le ministre de la guerre qu'un décret du 16 janvier 1917, complété par la note du G. Q. G. n° 9024, du 10 juin 1917, prévoit la nomination au grade de sous-aide-major des médecins auxiliaires ayant dix-huit mois de front et un an de grade ; ajoutant que les pharmaciens auxiliaires des groupes de brancardiers remplissent les fonctions de médecin auxiliaire, mais doivent renoncer à tout avancement en raison de leur nombre d'inscriptions, et qu'ainsi des étudiants ayant rempli exactement les mêmes fonctions, pendant le même temps, pourvus d'un grade équivalent depuis plus longtemps, doivent rester à ce grade et passer sous les ordres de leurs camarades étudiants en médecine, et lui demande d'examiner le moyen de remédier à cette fâcheuse situation (*Question du* 12 *octobre* 1917.)

Réponse. — La question de la création de l'emploi de sous-aide-major pharmacien est actuellement à l'étude.

18295. — M. Charles Bernard (Seine), député demande à M. le ministre de la guerre si les sept mois de captivité d'un médecin aide-major fait prisonnier lorsqu'il était médecin auxiliaire d'infanterie : 1° sont équivalents à un séjour au front de même durée, et par extension ; 2° si pendant sa captivité ce médecin auxiliaire aurait été considéré comme attaché à l'infanterie. (*Question du* 16 *octobre* 1917).

Réponse. — Le temps passé en captivité compte comme séjour au front, mais ne saurait être considéré comme temps passé dans un régiment d'infanterie.

(*J. O.*, 18 novembre 1917.)

18668. — M. le marquis de la Ferronnays, député, rappelle à M. le Ministre de la guerre que d'après une dépêche ministérielle (sous-secrétariat d'Etat du Service de Santé) du 21 octobre 1917, n° 33763 1/7, les médecins de complément des classes 1887 et antérieures peuvent être mis en congé sans solde, et lui demande si par analogie avec les dispositions de la circulaire du 1er décembre 1916, n° 344 C. I./7, complétant la circulaire du 17 octobre 1916, n° 290 C. I./7, les pères de six enfants des classes 1893 et antérieures assimilés à la classe 1887 par leur nombre d'enfants et les pères de sept enfants quelle que soit leur classe, doivent bénéficier des dispositions de la dépêche du 21 octobre 1917 précitée. (*Question du* 6 *novembre* 1917.)

Réponse. — Il ne faut comprendre, dans les classes 1887 et antérieures, que les officiers du Service de Santé appartenant actuellement à ces classes ou qui s'y trouvent ramenés par six enfants vivants. La mise en congé sans solde ne saurait donc être accordée ni aux officiers ramenés à la classe 1887 par moins de six enfants, ni aux officiers pères de six enfants vivants qui ne seraient pas de ce fait ramenés à la classe 1887.

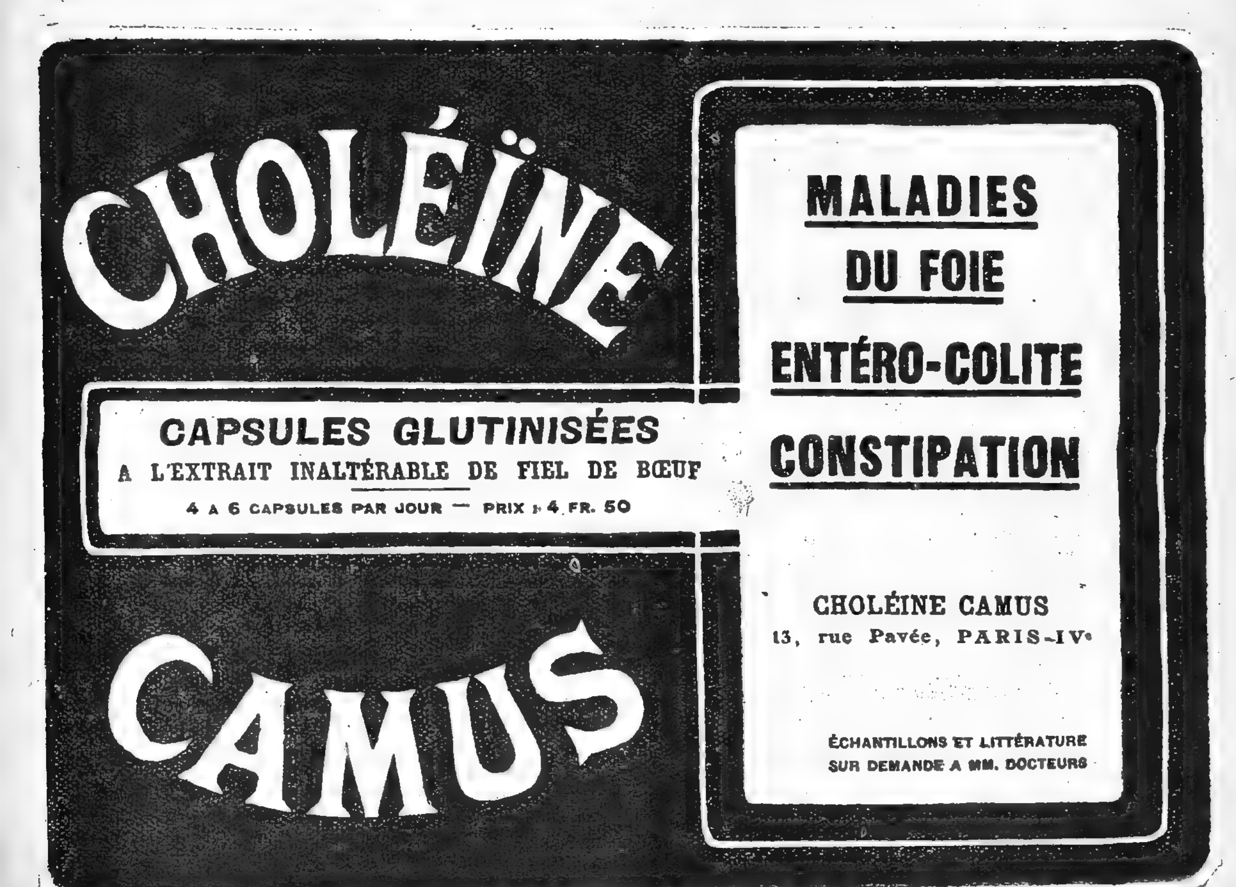
C. M. n° 664 Ci/7 du 13 février 1918.

L'affectation à leur ville de résidence des médecins des classes 87 et 88 et des médecins désignés pour soigner la population civile peut donner lieu à des abus.

Pour les éviter je décide que :

1° Aucun médecin ne reviendra dans sa ville de résidence s'il n'y trouve vacant un emploi de son grade,

2° Toute affectation entraînera le départ d'un des médecins de la place ; aucun service ne sera dédoublé pour procurer un poste nouveau



CHOLÉÏNE
CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF
4 A 6 CAPSULES PAR JOUR — PRIX : 4 FR. 50
CAMUS
MALADIES DU FOIE
ENTÉRO-COLITE
CONSTIPATION
CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

Nº 25. — Très sérieux. Santé exigeant midi, céderais *clientèle* Bretagne non bretonnante. Moyenne avant guerre 9.000 prouvés. *Auto* bon état. Seul médecin. Circonstances très favorables pour succéder. Indemnité à débattre. Comptant. Se presser.

—

Nº 26. — Docteur réformé nº 1, spécialiste en électro-radiologie, accepterait situation de sa spécialité avec traitement fixe 12.000 fr. minimum dans grande clinique ou établissement de ville d'eaux. Dr L., nº 26.

Petite correspondance

Dr C. à N... — Le pharmacien de V., le seul et unique actuellement, qui n'aime pas beaucoup les spécialités, s'il ne les refuse pas, ne les commande pas.

Est-il obligé, je ne dirai pas, à *avoir toutes* les spécialités, ce qui serait exagéré, mais à posséder, *celles réclamées par le médecin* ?

Voulez-vous avoir l'amabilité de me fixer sur ce point.

Réponse. — De même que le médecin n'est pas obligé, hors le cas de flagrant délit ou de réquisition, de répondre à l'appel d'un malade, de même le pharmacien ne peut être contraint à exécuter une ordonnance. Sur demande d'une spécialité notamment, il peut répondre qu'il ne la possède pas, et se refuser à la faire venir.

Il est exceptionnel que les choses se passent ainsi.

Nous pensons que, si le refus est bien constaté, rien ne s'oppose à ce que le médecin fasse venir lui-même la spécialité qu'il prescrit, comme ainsi peut le faire également son client.

Dr G. à V. *Demande.* — 1º Un médecin mis hors cadres, tel mon cas, au cours de l'année, peut-il être imposé à la patente pour toute l'année, même si la réouverture de son

Suite page XXII.

à moins de nécessités nouvelles dont il me sera rendu compte.

3° Tout médecin désigné pour la population civile de sa résidence sera mis en congé illimité, sans solde, à moins qu'il ne soit en même temps chargé du service d'une formation sanitaire ou d'un corps de troupe.

Signé : Louis MOURIER.

C. M. n° 666 Ci/7 du 15 février 1918

Deux principes doivent procéder à l'affectation des officiers du Service de Santé (Médecins, Pharmaciens et officiers d'administration) :

1° La place naturelle des officiers du cadre actif est aux armées.

2° En ce qui concerne les officiers du cadre de complément, l'éloignement du front ne saurait avoir d'autre règle que l'ancienneté des classes aussi bien en médecine générale qu'en spécialités. Comme pour toute l'armée, la place des jeunes à l'avant.

En conséquence, je décide que :

1° Aucun officier du cadre actif sera maintenu à l'intérieur sans une nouvelle proposition des directeurs de régions soumises à ma décision.

2° En ce qui concerne les officiers du cadre de complément, le tour de départ sera uniquement fondé sur l'âge en tenant compte des majorations d'ancienneté pour charges de famille, telles qu'elles sont prévues par les instructions en vigueur. Toute dérogation à cette règle fera l'objet de propositions motivées soumises à ma décision.

Signé : Louis MOURIER.

Correspondance

Lettres adressées à M. le Dr DOIZY, *député des Ardennes, que nous ne saurions trop remercier de l'activité qu'il déploie à soutenir les intérêts du corps médical mobilisé et non mobilisé.*

I

Paris, le 7 janvier 1918.

Monsieur le Président et cher Collègue,

Vous avez bien voulu me demander quelles mesures ont été prises à l'égard des médecins mobilisés des classes anciennes affectés à leur résidence du temps de paix, ne possédant ni garnison ni formation sanitaire.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en principe, les médecins des classes 1888 et antérieures ne sont affectés à leur résidence du temps de paix qu'autant qu'il existe, dans cette résidence, une garnison ou une formation sanitaire comportant un emploi de médecin.

Dans certains cas particuliers, où dans ces résidences des médecins étrangers à la région sont affectés au service des populations civiles, ce service est confié aux médecins rappelés par leur âge dans cette résidence et les médecins étrangers sont pourvus d'un autre poste.

Enfin, les médecins des classes 1887 et plus anciennes peuvent demander leur mise hors cadres ou un congé sans solde. Dans ce cas également, les médecins étrangers à la localité et mis à la disposition de la population civile, dont les fonctions deviennent inutiles, du fait qu'ils sont remplacés, reçoivent une autre affectation.

Agréez, Monsieur le Président et cher Collègue, l'assurance de ma haute considération.

Signé : Justin GODART.

II

Paris, le 2 février 1918.

Monsieur le Député,

Vous avez bien voulu attirer mon attention sur l'intérêt qui s'attache à la délivrance des pièces de rechange pour les automobiles des médecins.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mes services ont reçu des instructions pour donner satisfaction aux demandes présentées par les médecins toutes les fois que les pièces nécessaires se trouvent en quantité suffisante dans les stocks des constructeurs.

Je crois devoir vous signaler à ce propos que les retards dont pourraient parfois se plaindre certains médecins sont dus à ce que *ceux-ci connaissent mal les formalités à remplir pour obtenir les pièces dont ils ont besoin.*

La meilleure manière de procéder consiste, pour eux, à adresser leurs demandes aux constructeurs en 2 exemplaires et à y joindre une pièce justifiant leur situation médicale (certificat du maire ou du préfet).

Ces demandes seront présentées par les constructeurs eux-mêmes au visa des officiers du Contrôle, qui ont des instructions pour les satisfaire dans la plus large mesure compatible avec les besoins de l'armée.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'assurance de ma haute considération.

Pour le Ministre de l'Armement, et des Fabrications de guerre et p. o.,

Le Chef-Adjoint du Cabinet,

III

Paris, le 4 février 1918 (1).

Monsieur le Député et cher Collègue,

A la date du 19 courant, vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'intérêt qui s'attachait à ce que les médecins de campagne puissent être approvisionnés en essence pour assurer le service de leur clientèle.

J'ai l'honneur de vous informer qu'en raison de la baisse des stocks d'essence, par suite de l'insuffisance des arrivages et de la nécessité de réserver pour les besoins de la défense nationale les disponibilités existant chez les raffineurs, le ravitaillement de la population civile, n'a pu être effectué, pendant les semaines qui viennent de s'écouler, qu'au prix des plus sérieuses difficultés et dans des proportions extrêmement réduites.

C'est pour cette raison que les médecins des campagnes ont éprouvé de grosses difficultés pour obtenir les quantités d'essence qui leur étaient nécessaires.

Mais depuis le 1er janvier, il a été possible d'allouer à chaque département un certain contingent d'essence, peu considérable il est vrai, destiné à permettre le fonctionnement des services indispensables à l'intérêt public et il a été rappelé à tous les préfets, par circulaire en date du 27 décembre 1917, qne l'approvisionnement en essence des médecins devait figurer au premier chef au nombre des besoins dont il importait d'assurer la satisfaction sur le contingent départemental.

Agréez, Monsieur le Député et cher Collègue, l'assurance de ma haute considération.

Le Ministre de l'Agriculture
et du Ravitaillement.

Signé : V. Boret.

(1) La même lettre a été adressée au Dr Le Fur, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

PARTIE PROFESSIONNELLE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Loi sur les Pensions.

Le Corps médical doit-il acquitter les dettes de l'Etat ?

Il s'agit d'une disposition législative introduite dans la loi sur les pensions militaires, discutée actuellement à la Chambre des Députés, au cours de la séance du 31 janvier 1918.

Nous tenons à la mettre sous les yeux de nos lecteurs, car il s'agit là d'une menace de portée incalculable pour les intérêts du Corps médical. Et il ne sera jamais trop tôt pour examiner comment il est pratiquement possible de faire face au danger qui point à l'horizon.

Cette disposition législative est l'article 38 bis, ainsi conçu :

« L'Etat doit à tous les réformés, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou par la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme.

« Quand le malade pourra être soigné à domicile, il sera, sur sa demande, inscrit de droit sur la liste d'assistance médicale gratuite, en limitant l'inscription à la blessure ou à la maladie constatée dans le certificat de réforme. Les frais de ces soins seront entièrement supportés par l'Etat.

« Si l'hospitalisation est nécessaire, les malades seront admis, à leur choix, dans les salles militaires ou civiles de l'hôpital de leur ressort. L'Etat payera les frais de séjour suivant le tarif adopté pour les salles militaires, ou, s'il n'y a pas de salle militaire, suivant le tarif adopté dans l'hôpital mixte le plus voisin. »

Le rapporteur demandait que la mesure proposée soit mise immédiatement en application.

M. Doizy a fait alors la déclaration suivante :

M. Doizy, *président de la Commission d'hygiène publique*. La Commission d'hygiène publique se rallie très volontiers à la proposition de la Commission des pensions. Elle verra avec plaisir insérer dans la loi des pensions, les trois premiers paragraphes du texte rapporté et déposé, en son nom, par M. Gabriel Maunoury. Ils sont nécessaires.

Mais elle n'était pas prévenue et elle se réserve, en conséquence, de proposer à la Chambre les dispositions complémentaires indispensables visant notamment *le concours du Corps médical qui, en toute justice, ne doit pas faire les frais de la loi et doit être consulté*.

Là-dessus, l'article 38 bis a été adopté.

Un peu plus tard, la question est revenue en discussion, à la suite d'une intervention de MM. Pacaud et Doizy.

Ici, nous citons textuellement :

M. le président. Je suis saisi par MM. Pacaud et Doizy d'un article nouveau, ainsi conçu :

Petite Correspondance (Suite)

cabinet n'a eu lieu que dans les derniers mois de l'année.

2° Pour la déclaration des revenus, y-a-t-il lieu d'ajouter à la solde du premier mois les honoraires professionnels des derniers mois.

3° Sur le montant des revenus bruts, est-il admis de porter en déduction pour frais et dépenses professionnels, tels achats de livres, abonnements, entretien d'automobile, etc., etc.

Réponse. — 1° La patente est due à compter du 1er du mois où commence l'exercice de la profession, (art. 28, 4°, loi de 1880).

2° Oui, vous devez ajouter au produit de votre profession civile fin 1917, le total de votre solde pendant le temps où vous étiez mobilisé.

3° Les achats de livres, abonnements, contrats d'assurances professionnelles, etc., nécessaires à l'exercice de la médecine nous paraissent pouvoir être défalqués dans la déclaration du revenu ainsi que l'entretien de l'auto. Le n° du 1er mars du *Concours* contient à cet égard des renseignements précis.

Dr A. — *Demande.* — L'exercice de la médecine est-il toujours régi par la loi de Germinal ?

Un médecin installé dans *une commune* où il n'y a pas d'officine ouverte a-t-il le droit de vendre les médicaments qu'il prescrit — sans qu'intervienne de distance kilométrique ?

Il paraîtrait que cette loi a été modifiée par des règlements nouveaux et qu'il faudrait que le pharmacien le plus proche soit installé à X kilomètres pour que le médecin conserve ce droit.

Réponse. — L'exercice de la pharmacie est toujours régi par la loi de Germinal, qui n'impose aucune distance minima entre l'officine la plus rapprochée et le domicile du médecin habitant une commune dépourvue de pharmacien, pour que celui-ci soit autorisé à délivrer des médicaments à ses malades.

La condition essentielle est qu'il n'y ait pas d'officine sur le territoire de la commune.

C'est le nouveau projet de loi qui envisage l'éventualité d'une distance minima. Mais il n'est pas encore voté.

« Pour les réformés ayant droit aux soins médicaux et pharmaceutiques qui demanderont leur inscription à l'assistance médicale gratuite, le tarif des honoraires et des médicaments sera établi par décret. ».

La parole est à M. Pacaud.

M. PACAUD. La Chambre vient de voter, un peu sans s'en apercevoir, j'imagine, une disposition qui constitue pour le Corps médical tout entier une charge considérable. Cette disposition est la suivante :

« Quand le malade pourra être soigné à domicile, il sera, sur sa demande, inscrit de droit sur la liste d'assistance médicale gratuite, en limitant l'inscription à la blessure ou à la maladie constatée dans le certificat de réforme. Les frais de ces soins seront entièrement supportés par l'Etat. »

Vous venez donc de dire que les médecins de France qui, pendant cette guerre, ont donné tant de preuves de leur dévouement et ont supporté de si lourds sacrifices, vont être chargés de soigner pour rien, au tarif de l'assistance médicale, c'est-à-dire avec des consultations valant de 40 à 50 centimes et des visites à 1 fr., tous les réformés et tous les mutilés. Ces malades sont très intéressants, c'est entendu, mais ce n'est pas au Corps médical qu'il appartient de supporter les frais de leurs maladies et de leurs blessures. Elles incombent entièrement à l'Etat, à qui les médecins et les pharmaciens n'ont pas de charité à faire.

D'autre part, il ne vous échappe pas, messieurs, que parmi ces malades et blessés réformés, il s'y trouvera un certain nombre de plus ou moins fortunés qui profiteront ainsi, du seul fait qu'ils sont anciens blessés de guerre, du tarif de l'assistance médicale, et vous comprendrez qu'il n'est pas admissible qu'ils bénéficient d'un tarif de faveur vraiment inférieur.

Il n'est pas, je crois, nécessaire que j'insiste pour que la Chambre adopte mon amendement par lequel je demande tout simplement que le tarif des honoraires et des médicaments pour cette catégorie de malades soit établi après entente avec les associations professionnelles intéressées. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. La préoccupation de M. Pacaud me paraît tout à fait justifiable. *Il est incontestable, en effet, que le corps médical ne peut supporter personnellement la charge des soins qui incombent à l'Etat.*

M. Charles BERNARD. Pas plus que le corps pharmaceutique !

M. LE RAPPORTEUR. Bien entendu. N'oublions pas le corps pharmaceutique. Ce n'est pas ce que la Commission a voulu quand elle a proposé son article. Son but a été de permettre aux malades, aux mutilés qui souffrent encore de leurs blessures ou infirmités de bénéficier, gratuitement, s'ils le veulent et considèrent que leur situation pécuniaire l'exige, des soins médicaux dont ils ont besoin.

Cela me paraît juste et les médecins ne peuvent pas protester contre ce principe. Maintenant qu'on modifie, pour cette catégorie spéciale de malades, les tarifs de l'assistance médicale, je n'y trouverai, pour ma part, aucun inconvénient. La Commission non plus. Il peut y avoir lieu — et ce sera l'œuvre du Gouvernement — d'établir un tarif spécial, visant les soins qui seront donnés à ces mutilés. Il est évident que, pendant vingt ou trente ans, du fait des mutilés de la guerre, l'assistance médicale sera chargée et surchargée. Elle l'est déjà, je le sais. Elle le sera beaucoup plus encore, c'est incontestable.

La solution est celle que vous avez indiquée : il y a lieu d'élaborer un tarif spécial qui ne sera pas celui des clients ordinaires, mais qui sera plus avantageux que celui de l'assistance médicale ordinaire. Les médecins y trouveront un avantage, puisque beaucoup de ces malades auraient été, par le fait de leur situation pécuniaire, des clients de l'assistance médicale. Il me semble qu'il doit vous suffire que je vous aie fait cette déclaration qui exprime l'opinion et le sentiment de la commission, pour que vous renonciez à demander l'insertion dans la loi d'un article qui laisse trop apparaître le bout de l'oreille et le souci de l'intérêt professionnel, très respectable, il est vrai, que vous entendez défendre et qui a satisfaction par la déclaration que je viens de vous faire.

J'invite, pour ma part, le Gouvernement à faire l'étude d'un tarif spécial pour donner satisfaction au Corps médical, dans la mesure du possible. (*Très bien ! très bien !*)

M. PACAUD. Je ne crois pas que le mot « spécial » puisse être conservé. *Je ne vois pas pourquoi l'Etat imposerait aux médecins un tarif spécial pour soigner les malades qu'il a mission de soigner.*

M. LE RAPPORTEUR. Je vais vous dire pourquoi.

M. PACAUD. *L'Etat doit payer le même prix que les particuliers.* Je ne veux pas me contenter des déclarations qui ont été faites. Si je les avais laissées passer sans rien dire, nous aurions voté dans la loi que les blessés qui demanderaient leur inscription à l'assistance médicale seraient de droit soignés au tarif de l'assistance médicale. Par conséquent, le Corps médical tout entier aurait été impuissant à réclamer un autre tarif.

M. DOIZY. J'avais fait des réserves tout à l'heure.

M. PACAUD. Mais je fais une autre hypothèse. Êtes-vous bien sûr que le Corps médical acceptera de soigner les blessés à ce tarif ?

Le Corps médical n'a jamais marchandé ses soins, son dévouement. (*Très bien ! très bien !*); mais il ne veut pas devenir, dans la circonstance, le bouc émissaire. Le Gouvernement doit payer les mêmes prix que les malades ordinaires et ne pas marchander. (*Très bien ! très bien !*) Je maintiens mon amendement.

. . . .

M. BETOULLE. Je crois que les déclarations faites par le Gouvernement et par la Commission doivent rassurer nos honorables collègues qui ont pris la défense des médecins et des pharmaciens.

Je suis assuré que médecins et pharmaciens rivaliseront de générosité pour accorder aux glorieux mutilés et malades les soins que leur état comporte.

Je me permets de faire observer que la proposition de notre collègue Pacaud, toute justifiée qu'elle soit, doit être réduite à sa véritable portée. Parmi ces blessés, parmi ces malades vous en aurez, et c

sera le plus grand nombre, qui seront assistés de droit par l'assistance publique.

M. PACAUD. Pour ceux-là la question ne se pose pas.

M. BETOULLE. Pour ceux-là la question ne se pose pas : il y a un tarif fixé par l'assistance publique, accepté par les médecins et les pharmaciens. Elle ne se pose que pour ceux qui, ne bénéficiant pas de l'assistance médicale gratuite, auront tout de même besoin de soins spéciaux, et nous voulons les leur donner.

Ce ne sera très certainement pas le plus grand nombre, aussi je veux espérer qu'après les explications qui ont été fournies par le Gouvernement et la Commission, la corporation médicale et la corporation des pharmaciens se mettront facilement d'accord sur un tarif qui leur donnera satisfaction.

M. Charles BERNARD. Mais à condition que la Chambre syndicale des pharmaciens du département de la Seine soit consultée.

M. LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT. *Le Gouvernement prend l'engagement de consulter les associations professionnelles pour l'établissement des tarifs.*

M. BETOULLE. Je me félicite que la Chambre ait voté l'article qui met à la charge de l'Etat l'hospitalisation de tous les blessés et de tous les malades lorsqu'ils auront besoin, de par leurs maladies ou leurs blessures, de soins nouveaux. M. le rapporteur a bien voulu demander à M. le sous-secrétaire d'Etat de donner des instructions pour que, dès maintenant, cet article soit appliqué, c'est-à-dire bien avant le vote par le Sénat.

M. le sous-secrétaire d'Etat a promis que le nécessaire serait fait auprès des directions des Services de Santé. C'est très bien pour l'avenir, mais il y aurait lieu aussi de régler immédiatement certains cas passés. C'est ainsi que j'ai signalé à l'honorable rapporteur la situation d'un amputé d'une jambe qui avait, en plus, une blessure au pied. Réformé n° 1 pour son amputation, il ne touche rien pour sa blessure au pied parce que la loi de 1831 ne le permet pas. Après sa réforme n° 1, le pied blessé s'est mis à suppurer et on l'a hospitalisé dans un hôpital mixte qui n'a rien réclamé pour le temps qu'il a passé dans son établissement ; mais envoyé par l'hôpital mixte dans une formation complémentaire, cette formation lui réclame des frais d'hospitalisation.

N'ayant pu acquitter ces frais — le malheureux est à l'école des mutilés — la trésorerie générale l'a prévenu que s'il ne payait pas, on lui retiendrait sur sa pension les frais de son hospitalisation.

Vous ne sauriez, messieurs, tolérer cette situation. Je demande à M. le sous-secrétaire d'Etat de donner des instructions à toutes les directions du Service de Santé, non seulement pour qu'à l'avenir il ne soit rien réclamé à ces mutilés, mais encore afin que, pour tous les cas antérieurs, il soit fait remise des sommes ainsi réclamées.

Vous ne voudriez pas accepter qu'on retienne, sur une pension de réforme à un mutilé, des frais d'hospitalisation. Ce ne serait ni noble, ni généreux. (*Très bien ! très bien !*)

M. le sous-secrétaire d'Etat voudra bien me donner satisfaction sur ce point.

M. LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ETAT. C'est entendu.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Pacaud.

M. PACAUD. Si j'ai bien compris, M. le sous-secrétaire d'Etat s'est engagé à établir, pour les soins à donner et pour les médicaments à fournir, un tarif d'accord avec les associations professionnelles, ainsi que je le demandais.

M. LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ETAT. Parfaitement.

M. PACAUD. Dans ces conditions, je retire l'article additionnel que j'avais déposé.

Qu'il me soit permis cependant de faire observer à M. Betoulle qu'on ne doit pas faire une distinction aussi grande qu'il le croit entre les mutilés et les malades de la guerre. Tous, qu'ils soient riches ou pauvres, incombent à la charge de l'Etat.

M. BETOULLE. Nous sommes d'accord.

M. PACAUD. Par conséquent ce tarif, établi par l'Etat, sera applicable aux uns comme aux autres, qu'ils soient à l'assistance médicale ou non et aucune différence ne sera faite entre eux, quelle que soit leur situation sociale.

M. LE PRÉSIDENT. L'article est retiré.

Le sujet a été de nouveau traité à la Chambre, le 5 février.

M. Betoulle qui, précédemment, semblait faire confiance à la générosité du corps médical pour obtenir de lui l'acceptation pure et simple du tarif de l'Assistance médicale gratuite, est revenu sur ce sujet de la façon la plus heureuse, et il a défini excellemment comment, selon lui, la situation respective des néo-assistés et du corps médical doit être envisagée.

Voici un extrait de son discours.

M. BETOULLE. Messieurs, la commission saisie du projet de loi du Gouvernement, s'est inspirée à la fois de la loi de 1831, de la loi sur les accidents du travail, de la loi d'assistance et aussi il faut le reconnaître, parce que c'est la vérité, de l'idée généreuse, manifestée par toute la Chambre, que les dommages à la personne devaient être réparés.

Je me suis efforcé plus particulièrement d'obtenir de la Chambre qu'elle fasse disparaître de la loi en préparation tout ce qui pourrait avoir un caractère d'assistance.

Il faut le reconnaître, car c'est également la vérité, la Chambre a accepté cette thèse, sauf pour deux articles qui, malgré l'éveil de nous tous au cours de cette longue discussion, ont trouvé grâce devant la Chambre, et ces deux articles évoquent encore la loi d'assistance. Je veux parler de l'article 18, relatif aux ascendants.

....

Par conséquent, pour la réparation humaine, j'estime qu'on a eu tort de faire jouer une des conditions de la loi d'assistance.

On a eu le même tort, dans un article voté par la Chambre, proposé je crois par M. Violette et rapporté par M. Maunoury, qui assure aux malades et aux blessés des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

C'est un article excellent et le paragraphe premier est parfait ; malheureusement *in cauda vene-*

mum ; dans les derniers paragraphes c'est la loi d'assistance qui a pesé, je le répète, sur les décisions de la Chambre, et on a décidé que les blessés ou les malades pourront demander leur inscription à l'assistance médicale gratuite. C'est là, à mon sens, une erreur.

En effet, comme M. Pacaud le disait l'autre jour, *l'Etat doit assurer, sans s'occuper de l'assistance médicale gratuite, tous les soins pharmaceutiques, chirurgicaux et médicaux aux blessés, aux malades, lorsque ceux-ci en auront besoin, et que les malades et blessés doivent avoir le libre choix de leur médecin et de leur pharmacien* (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

Le rapporteur, M. Lugol, ne paraît pas avoir été influencé par les observations de MM. Betoulle, Doizy et Pacaud ; il qualifie de critique de détail, ces observations. Grand merci. !!

Mettons sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès, afin qu'ils connaissent leurs véritables amis, et ceux qui, par contre, n'ont que médiocrement cure des intérêts légitimes des praticiens.

M. LE RAPPORTEUR. M. Betoulle a critiqué tout à l'heure la disposition relative aux secours médicaux. Laissez-moi vous dire, Monsieur Betoulle, que je considère au contraire comme un honneur pour la commission de l'avoir insérée dans cette loi. C'est une réforme extrêmement importante, malgré la *critique de détail*, que vous lui adressiez.

....

M. le sous-secrétaire d'Etat, j'en suis sûr, prendra une circulaire. Comme il l'a fait pour les infirmités multiples, il décidera que ces hommes recevront, dès maintenant, les secours médicaux ; quel que soit le moyen à employer, peu importe : il assure dès maintenant l'exécution, sur ce point si important, de la volonté de la Chambre (*Très bien! très bien !*)

Je vous demande encore, monsieur le sous-secrétaire d'Etat, d'adresser des recommandations pressantes à tous les médecins qui siègent dans les commissions de réforme ; c'est là — nous l'avons constaté bien souvent — la source du malaise dont souffrent les mutilés en France : ils se plaignent d'avoir été sous-estimés. Eh bien ! recommandez aux médecins membres des commissions de réforme de faire en sorte que les mutilés, lorsqu'ils sortent de leurs mains, puissent, comme le disait un jour le président de la commission consultative médicale « sortir contents ». Il faut, en effet, qu'ils comprennent qu'ils ont été estimés exactement, comme le commandent leurs mutilations et leur invalidité (*Très bien ! très bien !*)

Enfin, M. Maunoury, qui est l'auteur de l'article 38 *bis*, a, de nouveau exposé son point de vue. Il s'est attiré une juste réplique de M Pacaud, à laquelle M. C. Bernard s'est associé, ainsi qu'il résulte du texte suivant : »

M. Gabriel MAUNOURY. J'ai demandé tout à l'heure la parole en entendant M. Betoulle exprimer des regrets au sujet du caractère d'assistance que présentaient certaines dispositions de la loi, notamment celle introduite dans la séance du 31 janvier, visant les soins médicaux aux réformés. Je crois, au contraire, qu'il faut se féliciter que la commission des pensions ait résolu cette grave difficulté.

....

Je demande à M. le sous-secrétaire d'Etat que, dans le règlement d'administration publique, soient prévues certaines dispositions permettant de bien délimiter cette catégorie d'inscrits et de montrer qu'ils ne seront nullement des assistés. (*Très bien ! très bien !*)

Si un millionnaire réclame une opération, il aura droit à l'inscription au même titre qu'un indigent. Il y aura là une distinction assez délicate, mais qui, je crois, sera possible.

M. PACAUD. *Dans votre esprit, les blessés et les mutilés de la guerre, qui sont inscrits à l'assistance médicale gratuite, devront-ils être soignés par le corps médical et fournis de médicaments par le corps pharmaceutique au tarif de l'assistance médicale ?*

M. Charles BERNARD. Voilà la question bien posée.

M. Gabriel MAUNOURY. Je comprends que M. Pacaud pose cette question. *C'est encore sur le dos du corps médical que l'Etat va faire des largesses.*

Le corps médical est un peu habitué à ces choses-là et l'on comprend qu'il en a assez. Mais c'est précisément pour éviter les abus que nous avons demandé que la gratuité soit strictement limitée à la maladie ou blessure, cause de réforme.

M. PACAUD. C'est un point de vue que, pour ma part, je n'accepte pas !

M. Charles BERNARD. La Chambre l'a voté.

M. Gabriel MAUNOURY. Nous attendons depuis deux ans qu'une décision intervienne ; il fallait cependant fournir aux mutilés qui ne sont pas soignés le moyen de l'être et ne pas les laisser se soigner à leurs frais. Il fallait trouver un moyen immédiat d'intervenir dans ces cas très intéressants. C'est pour cela que la commission des pensions a introduit l'article 38 *bis*.

Dans sa réponse à M. Pacaud, le Gouvernement a pris l'engagement de consulter les associations professionnelles, pour l'établissement des tarifs ; on pourra ainsi donner satisfaction au corps médical ; mais je croyais que, pour le moment, il y avait intérêt à aboutir et je suis heureux que la commission des pensions ait pris ce parti. (*Applaudissements*).

Nous ne saurions trop remercier nos distingués confrères, les Drs Doizy et Pacaud, et aussi, M. Betoulle, de leur courageuse intervention. Sans eux, l'article 38 bis entraînerait, pour le calcul des honoraires aux médecins, dans les soins à donner aux blessés et malades de la guerre, le tarif de l'Assistance médicale gratuite, si toutefois le Sénat acceptait purement et simplement le texte voté.

Nous sera-t-il permis de nous étonner que deux médecins seulement, parmi les nombreux

confrères que nous comptons à la Chambre aient élevé la voix en faveur du Corps médical ?

Quoi qu'il en soit, le Gouvernement a pris l'engagement d'élaborer, de concert avec les Associations professionnelles, un tarif spécial applicable à cette catégorie d'assistés.

C'est là que les Syndicats médicaux devront pouvoir montrer qu'ils sont autre chose qu'une vaine formule et qu'ils savent vouloir faire triompher la justice et l'égalité.

« Etes-vous sûr, s'est écrié M. Pacaud, que le « Corps médical acceptera de soigner les blessés « à ce tarif (de l'A. M. G.) ? Le Corps médical « ne veut pas devenir le bouc émissaire. Le « Gouvernement doit payer les mêmes prix « que les malades ordinaires et ne pas marchan- » der ».

C'est bien ainsi que nous l'entendons. Et voilà pourquoi nous sommes, dès à présent, opposés au tarif spécial que le Gouvernement accepte de créer.

Un tarif spécial, c'est-à-dire, un tarif réduit ? Soit : Mais à la condition que l'Etat impose également un tarif spécial au cordonnier qui chaussera ces assistés, au boucher qui leur vendra la viande, au tailleur qui les habillera, etc., etc.

Les mêmes charges réparties équitablement sur tous les fournisseurs du mutilé de guerre, le fournisseur d'aliments et de vêtements, aussi bien que le fournisseur de soins ou de médicaments.

Autrement, le droit commun. Tel mutilé appartient à la bourgeoisie ? L'Etat paiera pour lui selon le tarif applicable à cette classe sociale.

Tel autre est justiciable, de par son étiage social, de l'A. M. G. ? L'Etat ne paiera pour lui que le tarif de l'A. M. G.

Ce que nous engageons vivement tous les praticiens de France à repousser, c'est qu'ils soient tenus, de par un texte de loi, d'acquitter les dettes de l'Etat.

LA VIE SYNDICALE

I

Les Maîtres et les Syndicats médicaux

Dans votre Propos du Jour du 1er octobre, intitulé : « L'activité des Syndicats » vous dissertez excellemment de l'entrée, dans les Syndicats médicaux, de ceux qui représentent l'élite scientifique de notre corporation et que nous nommons d'un terme général, *nos Maîtres*.

Permettez-moi de vous signaler deux faces de la question, que vous n'avez pas envisagées et qui expliquent selon moi, pourquoi les Maîtres, surtout à Paris et dans certaines grandes villes de Faculté, se tiennent à l'écart du mouvement syndicaliste.

La première est d'ordre sentimental : les Maîtres représentent l'aristocratie du Corps médical. Le terme même de Syndicat, qui évoque à leurs yeux tout l'ensemble des revendications prolétariennes, les effraie. Ils oublient que le mouvement syndical, qui a pris naissance dans les milieux ouvriers, s'est élargi et a gagné le Patronat : il y a des Syndicats patronaux, dont il faut souhaiter la collaboration avec les Syndicats ouvriers, pour la prospérité économique et sociale du pays. Ils veulent y voir, à tort, des tendances révolutionnaires grosses de je ne sais quelles menaces illusoires. Aussi croient-ils bon de s'abstenir.

La deuxième face de la question est d'ordre utilitaire. Qu'est-ce qu'un Syndicat à proprement parler ? Un groupement professionnel d'intérêts communs, locaux ou régionaux.

Voulez-vous me dire quelle communauté d'intérêts existe entre un professeur éminent et un modeste praticien ? Qu'est-ce que cela peut bien faire au professeur qui cote sa consultation 40 francs, sa visite 5 louis, que le petit médecin de quartier veuille augmenter ses honoraires de vingt malheureux sous ? En quoi le professeur a-t-il à souffrir de la mutualité, et que lui importe les luttes du prolétariat médical contre cette puissante institution sociale ?

Que signifient pour le Maître les difficultés juridiques issues de l'application, de l'interprétation du Tarif Dubief ? Sait-il seulement, le plus souvent ce qu'est le Tarif Dubief ? Et quand il le sait, ne sommes-nous pas fixés depuis longtemps sur le rôle qu'il joue dans les conflits qui surgissent, à ce propos, entre médecins et Compagnies d'Assurances ? Ne sommes-nous pas payés pour le connaître, soit comme expert, soit comme médecin, grassement rétribué, de ces Compagnies ? Ne nous apparaît-il pas alors presque toujours, de l'autre côté de la barricade ?

Dans ces conditions, que viendrait-il faire dans les Syndicats médicaux ?

Et pourtant, il serait à désirer qu'il y entrât et qu'il y trouvât la place que comporte sa haute situation professionnelle !

Comment obtenir ce résultat ?

En lui démontrant que la communauté d'intérêts entre lui et le praticien existe réellement, nonobstant les considérations qui précèdent. En lui prouvant que plus le sort du praticien s'améliorera, et plus sa propre position acquerra de stabilité et d'importance, à tous points de vue.

Il suffira, je pense, sans y insister outre mesure, de signaler que le cabinet des professeurs

est surtout achalandé par les malades que leur adressent leurs anciens élèves.

Là est le lien étroit qui les unit les uns aux autres. A ceux-ci, s'ils s'ont animés du véritable esprit syndicaliste, de faire comprendre aux premiers, que leur tâche n'est pas terminée quand ils ont confirmé ou éclairé correctement un diagnostic, approuvé une prescription, pratiqué une opération conseillée, confié un traitement délicat, mais qu'il leur reste encore, sur le terrain professionnel, à témoigner aux humbles leur sollicitude, en participant effectivement aux discussions, aux délibérations et aux actes qui ont pour but le mieux être du praticien dans la société moderne. Qu'ils n'ignorent pas plus longtemps que l'*union fait la force* et qu'ils s'inspirent, pour être des nôtres, des circonstances actuelles où le groupement du monde entier contre les empires centraux donne une singulière force au mot fameux : *Væ soli* !

Réponse

Vous avez raison. Le Syndicat exige de ses membres la poursuite des mêmes intérêts, avec un ensemble commun de vues, et pour le même idéal. Sur ces points, les médecins praticiens n'ont dans notre actuelle société que des liens de parenté assez éloignés avec les maîtres.

Cependant les points de contact, j'allais dire de friction, sont assez nombreux pour que ces derniers ne se désintéressent pas des Syndicats. Si les syndicats comprennent le rôle qu'ils doivent jouer en médecine sociale, s'ils considèrent, comme ils l'ont déjà fait, d'ailleurs, qu'ils ont voix au chapitre dans l'organisation de l'Enseignement médical par exemple, les points de contact deviendront encore plus nombreux et des relations forcées devront s'établir entre gens intéressés aux mêmes questions à des titres divers.

Entre l'Académie de médecine et les Syndicats les relations sont déjà fréquentes et le seront de plus en plus. Quel avenir peuvent avoir les avis de l'Académie consultée par le gouvernement si les Syndicats médicaux se mettent en travers, en agissant auprès des pouvoirs élus, et combien l'Académie gagnerait en dignité et en puissance si, avant de donner un avis sur une question de médecine publique, avis purement théorique et souvent impossible à réaliser en pratique, elle daignait au préalable consulter les syndicats médicaux ? Sur plus d'un point l'union de vues des maîtres et des praticiens est faite ; nous en avons un récent exemple dans la discussion sur l'avortement et le secret professionnel.

Je pense que les maîtres et les praticiens auraient intérêt à mieux se connaître et à se rencontrer. Et comme le « roc qu'académique on nomme » est inaccessible aux praticiens qui d'ailleurs ne songent guère à s'y jucher, il serait utile à la profession médicale de voir les demi-dieux quitter parfois l'Olympe et venir se confondre de temps à autre avec les simples mortels. Personne n'y perdrait ; pas même les maîtres.

J. N.

II

Organisation de la lutte contre la syphilis en France

Le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni le 10 janvier 1918,

Informé des projets de l'Assistance Publique relatifs à l'organisation médicale de la lutte contre la syphilis,

Approuve, *de nouveau*, l'institution de dispensaires affectés spécialement au traitement d'une maladie qui est une des causes principales de la dépopulation de la France et, au même degré que l'alcoolisme, la cause des dégénérescences et des infirmités ;

Demande, *de nouveau*, que la direction de ces dispensaires soit confiée à des praticiens désignés d'accord avec les Syndicats médicaux, capables d'apprécier les compétences techniques et professionnelles, et non, directement, aux Préfets qui peuvent juger seulement sur des titres d'ordre administratif ou même simplement politique ;

Proteste, au nom du Corps médical, contre la volonté de l'Administration d'ouvrir les dispensaires à tous les malades, quelle que soit leur situation matérielle ; ceci parce que l'œuvre de prophylaxie exige l'examen approfondi par les chefs de service, et le traitement *individuel* des malades, sans aucune exception. Seule, la limitation du nombre des syphilitiques admis dans les dispensaires peut assurer aux indigents et aux nécessiteux des soins attentifs et particuliers, comparables à ceux qu'un malade reçoit de son médecin personnel. L'ouverture des consultations, sans contrôle, conduit nécessairement à un traitement aveugle, à un machinisme thérapeutique qui constitue le plus grand obstacle à la prophylaxie et à la guérison de la syphilis.

VARIÉTÉS

La maladie dont mourut Blaise Pascal.

Parmi les problèmes médico-historiques qu'examine notre confrère, le Dr Cabanès, est celui de la mort de Pascal. Il l'aborde, dans un récent volume, le quatrième paru sous le titre de *Légendes et Curiosités de l'Histoire*, où maintes questions médico-historiques d'un intérêt palpitant, sont passées en revue avec une très sérieuse documentation, bibliographique et iconographique (1).

Inutile de redire ici combien Cabanès reste dans ses ouvrages un conteur agréable et instructif pour l'historien, pour le médecin et pour tous les curieux de la vie intime des grands personnages du Passé. Quand on a lu un livre de Cabanès, quand on a pris contact avec ses études médico-historiques, on est aussitôt sous *l'influence du charme et l'on ne peut plus se* désintéresser de ce genre d'études, où l'utile s'allie si intimement à l'agréable, où la science vient éclairer plus d'un point obscur d'histoire, où la critique médicale vient expliquer ou détruire les légendes les mieux établies.

***

Pascal, dont le cerveau était indiscutablement surmené, souffrait de très violentes douleurs de tête et parfois de vives coliques. Comme il avait le pouls fort et bon et pas l'ombre de fièvre, ses médecins se montraient optimistes. Ils lui prescrivirent du petit-lait d'ânesse ; et le réputé Guénaut lui avait conseillé les eaux acidulées froides de St-Myon, alors fort réputées, dont avait usé Colbert et que le savant Hoffmann vantait dans ses ouvrages.

Quelques saignées copieuses, pour ne pas rompre avec les traditions de la Faculté, vinrent moins judicieusement que le petit-lait et les eaux, s'ajouter à l'administration de calomel, de scammonée et de séné. On juge du résultat sur un organisme aussi débilité que celui de Pascal.

Plusieurs médecins furent appelés au chevet du grand homme : ils discutèrent sans doute et peut-être s'y disputèrent ; c'était la mode à cette époque. Brayer proposait un purgatif au séné ; Renaudot vantait le tamarin et la chicorée, préconisait le fameux vin émétique ; tandis que le prudent M. Hommets craignait les médicaments trop actifs et voulait se borner au sirop de nénuphar et au sirop violat.

Nous ne savons si Pascal absorba le vin émétique qui, au dire de Guy Patin, fit tant de victimes au siècle du Grand Roi. M. E. Jovy professeur au Collège de Vitry-le-François, qui a étudié la question, émet la possibilité d'un empoisonnement par l'antimoine.

Mais souvenons-nous qu'à cette époque, les méfaits de la Brinvillers hantaient tous les esprits ; il ne faut pas aussi facilement se laisser suggestionner.

Les arguments sur lesquels M. Jovy base ses présomptions, ne paraissent guère concluants pour un médecin. Cabanès se reporte au *Recueil d'Utrecht* où, en quelques mots, on expose les découvertes de l'autopsie de Pascal : l'on y « trouva l'estomac et le foie flétris et les intestins gangrénés », sans pouvoir conclure si la colique terrible qui se manifesta, lors de la fin du célèbre malade, fut la cause ou la conséquence *de ces lésions.*

Certes, l'on pourrait croire que Pascal a succombé à l'empoisonnement par l'antimoine, au *choléra stibié.* Mais il faut se souvenir qu'avant d'avoir absorbé des doses hypothétiques de drogues antimoniées (si toutefois il en a absorbé), Pascal souffrait violemment de la tête. En outre, on constata à l'autopsie l'absence des sutures du crâne, des altérations de la surface du cerveau avec ramollissement et même hémorragie. (Dr Lélut, in l'*Amulette de Pascal*).

Le Dr Just-Navarre croit à une encéphalite chronique ; le Dr Postel opine pour la méningite tuberculeuse. Bien que les détails de la nécropsie soient insuffisants, nous pensons avec Cabanès que rien ne permet de se rallier aux conclusions de M. Ernest Jovy quand il émet la possibilité que Pascal ait été victime d'un empoisonnement.

Donc : *Adhuc sub judice lis est*, aurait dit Guy Patin, ce grand amateur de citations latines à tous propos et même hors de propos. J. Noir.

(1) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens (Paris). I. Les rhumatismes de la Marquise. II. Comment fut traité Pascal. III. Le pied bot du Duc du Maine. IV. Une Nietzchéenne avant Nietzche. V. Le tragique destin d'un favori. VI. Deux illustres détracteurs de la médecine : Rousseau et Diderot. VII. Les Tantales de l'amour (avec 55 gravures).

REPORTAGE

Conférence de Sérologie.

Monsieur Rubinstein fera, le dimanche 24 mars à 10 h. 1/4 du matin, au Dispensaire de prophylaxie du XVe arrondissement, 32, rue Fondary (Métro Commerce) une conférence sur : « Les méthodes de sérodiagnostic de la syphilis et la nature de la réaction de Wassermann.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Suc^rs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 7 — 1er AVRIL 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr L..., de B..., la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

Changements d'adresse

De nombreux abonnés nous demandent constamment de leur envoyer directement le « Concours » à leur adresse aux armées.

Afin de pouvoir leur donner satisfaction, nous leur rappelons qu'il est indispensable de nous indiquer l'adresse à laquelle le journal leur était envoyé avant la guerre.

VIENT DE PARAITRE

Les médecins et le décret du 14 septembre 1916

Brochure indiquant brièvement et clairement les droits et obligations résultant pour les médecins du décret sur l'importation, le commerce, la détention, et l'usage des substances vénéneuses, et contenant la liste des substances auxquelles s'appliquent les prescriptions du décret.

En vente aux bureaux du Journal et au Syndicat des médecins de Marseille, 3, Marché des Capucins, à Marseille.

Prix franco : **0 fr. 50.**

Suite page XX



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

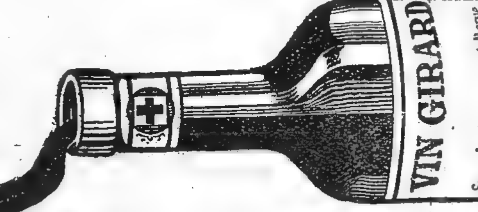
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
Vin Girard
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

Quarantième année — N° 7 — 1er Avril 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Un changement de méthode désirable. La nécessité de consulter les praticiens pour tout ce qui concerne la médecine reconnue par un ministre....... 291

Partie Scientifique

Chirurgie d'armée.
Une visite à l'Ambulance « Océan » de La Panne (Belgique), par le Dr H. Bousquet................ 298

Revue des Sociétés Savantes.
Deux cas de résection de la hanche. — L'extrait hypophysaire dans le traitement des paralysies intestinales. — Extraction d'une balle du cœur. — Fièvres mixtes typhoïdes et paratyphoïdes. — Le typhus exanthématique à Paris...................... 301

Thérapeutique appliquée.
Traitement de la blennorrhagie 305

Bibliographie.
Précis de radiodiagnostic technique et clinique, par F. Jaugeas. — La prothèse du membre inférieur, par le Dr F. Martin. — Les blessures du cerveau, par Charles Chatelier. — Leçons pratiques d'alimentation raisonnée, par A. Hemmerdinger....... 306

Notes de pratique quotidienne.
L'Adrénaline... 309

Correspondance

Il faut rajeunir les cadres du Service de Santé. — La relève des médecins R. A. T. — A propos des docteurs en médecine classés et maintenus dans le service auxiliaire. — Des encouragements. — Les médecins auxiliaires du service auxiliaire.... 310

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Médecine civile et médecine militaire. — Encore un mécontent qui ne nous a pas compris et ne saurait nous comprendre... 319

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires...... 324

Partie Professionnelle

Médecine sociale.
Les dispensaires antisyphilitiques et les Syndicats médicaux...................................... 327

Le Livre d'Or du Corps médical français.
Citation.. 334

Reportage.
Souscription des médecins Suisses en faveur de la Caisse de guerre française. — Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — Groupe médical parlementaire 334

PROPOS DU JOUR

Un changement de méthode désirable. La nécessité de consulter les praticiens pour tout ce qui concerne la médecine, reconnue par un ministre.

Les leçons de la guerre seraient-elles déjà écoutées ?

On nous a raconté qu'à la séance solennelle, donnée par la *Société de médecine de Paris* en l'honneur de la mission de l'Uruguay, le samedi 2 mars dernier, séance à laquelle nous avons eu le grand regret de ne pouvoir assister, M. Lafferre, ministre de l'Instruction publique, a prononcé un discours.

Avec une netteté et une franchise qui, jusqu'alors, n'étaient pas de coutume dans les paroles des hauts personnages officiels, M. Lafferre a abordé la question de la coopération des médecins praticiens aux questions de médecine et d'hygiène sociales.

Il a catégoriquement affirmé que les praticiens devraient être toujours consultés, même à propos des réformes que nécessite l'Enseignement de la médecine. Ce langage, que nous avons tenu il y a une dizaine d'années, est celui de la raison. Il fut qualifié cependant alors de subversif, même par certains de nos amis. Les temps ont changé puisque c'est le grand maître de l'Université, qui parle ainsi aujourd'hui, que demain ce sera l'Académie de médecine et après-demain, peut-être, le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

L'enseignement de la médecine est, avant tout, un enseignement pratique et technique. Il n'y a guère que ceux qui exercent la profession médicale qui peuvent signaler, au point de vue pratique et technique, les lacunes de cet enseignement, lacunes qu'ils auront constatées, dont ils auront souffert après une période suffisante d'exercice.

Nous ne voulons pas dire que nous réprouvons les recherches scientifiques et théoriques qui doivent faire progresser les sciences médicales, et dont on doit chercher à développer le goût chez tous les étudiants ; mais cela est une autre question indépendante de la première.

C'est en mélangeant ces deux questions que certains de nos adversaires, avec plus ou moins de bonne foi ou d'intelligence, ont voulu jadis nous faire passer pour de médiocres envieux qui désiraient ravaler l'enseignement

de la médecine à une besogne primaire dont tout esprit scientifique et philosophique serait exclu. Cette accusation, sans portée pour nous, ne nous a pas émus, et n'a rien changé à notre conduite, ni à nos idées.

Mais revenons à la nécessité de la collaboration des praticiens à l'hygiène et à la médecine sociale.

Un exemple qui est bien d'actualité, montrera de quelle importance est cette collaboration : c'est la lutte contre la tuberculose.

Avec d'excellentes intentions, d'excellents esprits ont étudié dans leur cabinet de travail cette question complexe. La première chose qui les a préoccupés, c'est le diagnostic précoce de la tuberculose, ce qui a été appelé le dépistage des tuberculeux. Ils se sont ingéniés à chercher comment on pourrait découvrir de bonne heure la maladie et, pour cela, ont imaginé la création de dispensaires antituberculeux.

Nous ne sommes pas les adversaires systématiques de ce genre de dispensaires qui peuvent avoir leur utilié, mais tous les praticiens qui ont une petite expérience, seront unanimes à reconnaître que ce n'est pas à la consultation d'un dispensaire, ni d'un hôpital que la tuberculose est dépistée. Elle l'est par le médecin praticien lui-même au sein des familles qu'il a l'habitude de soigner, à l'occasion de mille interventions médicales pour lesquelles souvent la tuberculose n'entre pour rien. Quand le tuberculeux se rend à la consultation du dispensaire ou de l'hôpital, c'est lorsqu'il se croit lui-même tuberculeux et alors, dans les trois-quarts des cas, il est trop tard pour le soigner efficacement.

Le sens clinique du praticien est mis en éveil à propos d'anémie, de dyspepsie, de palpitations, de faiblesse, d'amaigrissement, de rhume, d'enrouements, etc., etc., qui préoccupent le malade ou son entourage et qui provoquent la consultation du médecin de la famille.

C'est alors que ce médecin, après avoir fait un examen clinique consciencieux, s'apercevra des lacunes de son éducation technique, qui pourront laisser son diagnostic indécis.

Il ignorera par exemple la pratique des réactions par la tuberculine, il ne pourra procéder à l'examen bactériologique des crachats ou pratiquer l'albumino-réaction des expectorations, faire l'étude cytologique d'un épanchement suspect ; il ne pourra avoir recours à l'examen radiologique.

Ce praticien sera fondé pour réclamer des réformes dans l'enseignement médical pour permettre à ses jeunes confrères, dans la mesure du possible, d'appliquer eux-mêmes ces moyens de diagnostic dans l'exercice journalier de leur profession.

Si cela est pratiquement impossible, comme pour la radiologie, par exemple, qui exige un matériel spécial et une expérience qu'un médecin ordinaire ne peut pas en général acquérir, le praticien sera alors en droit de réclamer dans un but d'intérêt public, et pour faciliter sa mission, la création d'organismes lui permettant de faire bénéficier TOUS ses malades des découvertes scientifiques les plus récentes : c'est alors que la création des dispensaires antituberculeux ou autres pourvus de laboratoires de chimie, de bactériologie, de radiologie et peut-être plus tard de beaucoup d'autres applications, pourra devenir indispensable.

Nous n'avons pas la prétention d'effleurer ici la question de la lutte contre la tuberculose, mais nous avons pris cet exemple entre cent, pour montrer combien la coopération du médecin praticien est nécessaire à tout ce qui a trait à la santé publique, combien toutes ces questions de réformes de l'enseignement médical, d'organisation de la prophylaxie des grands fléaux qui déciment nos populations, sont intimement liées entre elles et à l'exercice pratique de la profession médicale. Sans le concours dévoué, spontané du praticien, on n'aboutira à rien en médecine publique, ni en prophylaxie.

Il ne viendra jamais à un architecte l'idée insensée de se passer de maçons, ni de charpentiers pour construire, et c'est le charpentier et le maçon qui lui feront remarquer l'imperfection des matériaux qu'il aura mis à leur disposition et la nécessité pour mieux faire de rechercher autre chose.

Tout cela tombe sous le coup du bon sens, et nous devons remercier M. le Ministre de l'Instruction publique de l'avoir compris et de l'avoir exposé publiquement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE D'ARMÉE

Une visite à l'Ambulance « Océan » de La Panne (Belgique)

Par le Dr H. BOUSQUET,
Professeur de clinique chirurgicale,
Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand.
Ancien médecin principal de l'armée territoriale.

Le 1er mars 1917, je recevais à Toul (Hôpital Bautzen-Thouvenot), l'ordre de me rendre à « La Panne » (Belgique), pour étudier sur place l'installation de l'hôpital « Océan » et juger des résultats obtenus par M. le Professeur Depage de Bruxelles, dont j'avais eu l'honneur de faire la connaissance dans les congrès de chirurgie internationale.

De Paris à la frontière, j'eus le grand plaisir de grouper, autour de leur ancien, les autres membres de la mission : MM. Venin, agrégé du Val-de-Grâce, Bonnel, Bréchot, Kuss, Lamy, Renon, anciens internes de Paris, Bichat, ancien chef de clinique de Nancy et Abadie, d'Oran, tous chirurgiens aux armées, et le dimanche 4 mars, après les présentations d'usage, nous commençions la visite de l'ambulance et........ notre instruction.

L'ambulance est installée à La Panne, sur la Plage à quelques centaines de mètres de la mer. De grands pavillons en bois aménagés, à mesure des besoins du service, pour l'usage spécial auquel ils sont destinés, ont été groupés autour de l'Hôtel « Océan », berceau de la formation. Cet hôtel constitue, au moment de notre visite, *le Pavillon Central*, dans lequel sont hospitalisés les blessés atteints de lésions de l'abdomen, du crâne et du thorax ; il est dirigé par M. le Docteur Jansen.

Les autres pavillons en bois comprennent, dans leur ensemble, une vaste salle de blessés contenant 100 lits, trois salles d'opération et l'ensemble des services accessoires.

Au « British Pavillon » sont reçus les blessés atteints de lésions articulaires. M. le docteur Anthen en est le chef de service.

Le Pavillon « Albert-Elisabeth », le plus grand de tous, est divisé en deux salles : 1° salle « Charles-Théodore », réservée aux lésions des nerfs, des vaisseaux et des tendons. M. le Professeur Debaisieux, de Louvain, dirige cette division ; 2° Salle « Léopold » réservée aux fractures de toute nature. Chef de service, M. le Docteur Van Der Velde. Enfin au pavillon « Every man » sont traitées les plaies en général, sous la direction du Docteur Lagasse.

Dans d'autres bâtiments sont installés les services spéciaux : Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Dermatologie, Neurologie, Stomatologie, Prothèse faciale, Prothèse des membres.

Détail important, chacun des chefs de service a une équipe complète, qui comprend non seulement de jeunes chirurgiens, mais encore des radiographes, un bactériologue et tout le personnel technique désirable, sans oublier un nombre suffisant d'infirmiers et d'infirmières convenablement instruits et non pas recrutés au hasard. Chose capitale, cette équipe une fois constituée, reste fixe et l'on ne change pas périodiquement les gens qui la composent. M. le Professeur Depage savait par expérience qu'un chirurgien, quelle que soit sa valeur, ne saurait opérer seul, qu'il lui était indispensable d'avoir des aides sûrs, et un personnel subalterne convenablement stylé et entraîné. Par un contact et des efforts journaliers, sous la direction du Chef, les diverses individualités que l'on a ainsi groupées, apprennent à se connaître ; chacun, peu à peu, prend sa place, se rend compte de ce qu'il est en droit d'attendre de son voisin et le rendement utile de la formation augmente progressivement. Mais la première des conditions du succès, en pareille circonstance, *est la stabilité*. Si, sans aucune raison, pour satisfaire une rancune ou être agréable à telle ou telle personnalité, des mutations périodiques désorganisent ces groupes à plaisir, le travail du Chef devient des plus pénibles et le rendement général fort minime. C'est là un axiome dont l'énoncé paraît enfantin.... Et cependant ! ! ! ! ! !

M. le Professeur Depage savait encore, chose qui paraît avoir été complètement ignorée dans les premières années au moins, des directeurs techniques voisins, que la Clinique doit avoir sans cesse recours au contrôle du laboratoire; aussi trouve-t-on à la Panne : 1° un laboratoire des cliniques ; 2° un laboratoire d'anatomie pathologique, et, 3° complément indispensable

d'une formation aussi bien comprise, un « *Laboratoire de recherches* ».

Enfin, le Professeur de clinique chirurgicale de Bruxelles, devançant de deux ans au moins ses voisins, a, dès la création de l'Ambulance « Océan », installé tout près des lignes un poste avancé de chirurgie ; il savait, en effet, par expérience, que fréquemment, dans les traumatismes de la poitrine et surtout dans ceux de l'abdomen, il est capital que le blessé soit secouru rapidement et n'ait pas à subir un transport de trop longue durée. Cette petite formation se trouvait alors à St-J'ames Molen ; elle était installée sur les bords d'un canal perpendiculaire à la ligne de feu. Son installation, fort ingénieuse, avait été obtenue par l'assemblage de quatre camions automobiles servant au transport du matériel de l'ambulance et réunis par des panneaux, de manière à constituer une salle de 14 lits ; une cinquième voiture parfaitement aménagée sert de salle d'opérations. A la tête de ce service se trouvait le Docteur Neuman, assisté de deux adjoints et d'une équipe d'infirmières. Dès qu'ils avaient été relevés, les blessés graves, en particulier ceux qui avaient des lésions abdominales, étaient conduits aux bords du canal ; là ils étaient couchés dans un bateau à fond plat muni d'une moto-godille, et sans à-coups, sans secousses, en une heure, une heure et demie au plus, ils étaient à la salle d'opération. Les statistiques de l'ambulance montrent son utilité, puisqu'on a ainsi obtenu 52 % de guérison dans les plaies de l'abdomen.

Quand nous aurons signalé l'existence d'une pharmacie modèle, un service de statistique et une fabrique complète d'instruments de chirurgie, nous en aurons terminé avec l'installation scientifique du Groupement. L'Ambulance de la Panne possède encore tous les services nécessaires à son existence, boucherie, boulangerie, lingerie, buanderie, service d'automobiles, etc., etc... Le tout largement pourvu d'eau et de lumière électrique, constitue une véritable usine scientifiquement organisée pour mener rapidement à guérison les blessés du front ; c'est aussi une école d'instruction.

Mes anciens camarades qui ont été ou sont encore à la tête de formations sanitaires, ceux surtout qui se trouvent à la tête des grands hôpitaux dans la zone des armées, se demanderont, étant donné les mutations perpétuelles qui renouvellent sans cesse le personnel sous leurs ordres, comment semblable formation est susceptible de fonctionner. Eh bien ! mes chers amis, permettez-moi de vous rassurer, non seulement l'organisation fonctionnait, mais elle avait reçu déjà, en mars 1917, près de 20.000 blessés. Ce phénomène extraordinaire de stabilité, absolument inconnu chez nous, cessera de paraître miraculeux lorsque nous aurons expliqué que l'Ambulance « Océan » à la Panne ne dépend d'aucune administration, n'est soumise aux caprices d'aucune incompétence, qu'elle *est entièrement autonome et a pour directeur unique* « Le Professeur Depage ». Il avait, pour l'aider dans son travail de gestion, M. Graux, Ingénieur civil, capitaine du génie belge, et le Docteur Van Geertruyden, Ingénieur sanitaire. Tout a été construit d'après les plans élaborés par ces messieurs qui, au fur et à mesure des besoins du service, ont créé les installations nécessaires. Disposant, pour ce faire, des fonds de la Croix-Rouge Belge, ils obéissent aux ordres du Médecin-Directeur, sans être obligés de passer par l'interminable filière des services que, par ironie sans doute, on appelle chez nous *techniques*, et dont l'incompétence n'a d'égale que les méthodes d'archaïque routine, grâce auxquelles ils se chargent d'arrêter toutes les initiatives et de *décourager* les plus entreprenants.

Fonctionnement de l'Ambulance

Service de garde. — Il existe, à l'Ambulance « Océan », un service de garde qui fonctionne en permanence, aussi bien la nuit que le jour. La salle de réception dispose de trente lits et peut se suffire, car elle possède comme annexes : une salle de stérilisation, une salle de bains, une cuisine, une lingerie, une réserve à pansements. Dès qu'un blessé arrive, il est de suite examiné par le chirurgien de garde. Si son état général ne s'y oppose pas, s'il n'a pas de signes de choc ou de collapsus, son pansement est défait, son observation est inscrite rapidement sur un registre spécial, puis, sur une feuille qui ne le quittera plus. Pendant ce temps, il est photographié, radiographié s'il y a lieu, puis, suivant la nature de sa blessure, envoyé dans un des services techniques. Si le cas semble nécessiter une intervention urgente ou une consultation, M. le Professeur Depage, ou en son absence, un des chirurgiens de l'ambulance est appelé à donner son avis et à prendre les responsabilités. Pendant la nuit, au contraire, le chirurgien de garde prend d'urgence les mesures nécessaires et pratique les opérations.

Schock traumatique. Collapsus. — Lorsqu'un blessé arrive en état de schock, il est l'objet de

ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

soins tout spéciaux. Par tous les moyens possibles, on essaie de le réchauffer et de remonter sa pression artérielle. Dans chaque service, des lits spéciaux sont réservés à cet effet. Ces lits ont, sous les lames du sommier recouvert d'une toile solide, facile à changer et sur laquelle repose le blessé, des rangées de lampes électriques. Des rampes de lampes semblables sont disposées sous les couvertures qui sont tenues écartées du corps du blessé par une série de cerceaux : de la sorte, on obtient rapidement une température suffisamment élevée et constante. Notons, en passant, l'existence dans les salles d'opération, de tables chauffantes construites sur le même principe, de manière que, pendant les interventions de longue durée, le sujet ne soit pas exposé au refroidissement. Près de ce blessé en état de schock, s'installe une infirmière spécialement stylée qui, toutes les trois heures, prend la température axillaire et rectale et, suivant les prescriptions du chef du service, pratique la série des injections nécessaires. Cette infirmière ne doit, sous aucun prétexte, abandonner le patient avant qu'il soit hors de danger ou que la mort ait fait son œuvre.

Liaison entre les services. Unité de vue dans la direction du traitement. Rapport quotidien. — Nous venons de voir combien était rationnelle la division des blessés des divers services, suivant la nature des lésions ; mais s'il n'y avait pas une unité de direction scientifique, l'indépendance de chaque service pourrait devenir un danger. Pour éviter cette alternative, la direction scientifique reste l'apanage absolu du Professeur Depage ; chaque service à son autonomie, mais il est soumis à la méthode directrice du Maître. Afin d'être à même de mener à bonne fin semblable entreprise, le Professeur voit chaque jour les feuilles de tous les entrants ; puis, chaque matin après le petit déjeuner, il réunit ses collaborateurs dans une salle spéciale. Là chaque chef de service, à tour de rôle, lui rend compte des événements importants qui ont pu se produire la veille dans son pavillon et le met au courant des modifications survenues en bien ou en mal dans l'état des blessés graves ; on discute alors les modifications à apporter à telle ou telle méthode de traitement, ou la nécessité d'une intervention toujours subordonnée, comme on le verra, à une consultation spéciale. A l'issue de cette réunion, le Professeur suit la visite d'un des services de chirurgie, qu'il passe ainsi en revue périodiquement à tour de rôle ; il vérifie la marche générale du traitement, donne son avis dans les cas difficiles, se réserve les interventions les plus sérieuses ou assiste aux opérations lorsqu'elles sont confiées aux chirurgiens du service, trop heureux qu'ils sont d'écouter ses conseils et de se soumettre à sa manière de voir. Cette collaboration scientifique de tous les instants donne, on le comprend sans peine, les meilleurs résultats.

Responsabilité en cas d'intervention grave. — Aucune intervention grave, surtout mutilante, amputation ou résection, n'est pratiquée à la Panne, sans qu'au préalable, un avis formel n'ait été donné par deux chirurgiens de l'ambulance, réunis en consultation. Ces chirurgiens sont tenus de motiver leur avis par écrit ; ce procès-verbal est reporté sur un registre spécial et sur la feuille d'observation qui n'abandonne jamais le blessé. Cette légitimation scientifique et raisonnée des opérations évite les interventions, parfois trop rapides, que nous avons tous vu pratiquer par certains chirurgiens improvisés qui, trop facilement, obéissaient aux influences ambiantes. Chacun prend ainsi sa part de responsabilité et ainsi, aussi, se trouvent sauvegardés, pour le plus grand honneur de l'art, les intérêts des blessés et les deniers de l'Etat.

Principes généraux de traitement des plaies. — A la Panne, comme dans toutes les autres formations chirurgicales, le traitement des blessures de guerre ne saurait se résumer en une seule formule ; il dépend de la nature de la blessure, de sa gravité, de la région atteinte ; toutefois, il est un certain nombre de principes qui règlent la conduite générale du personnel. Dès qu'un blessé arrive, après avoir été photographié, radiographié et nettoyé, si la plaie n'a pas une trop grande étendue, surtout si temps écoulé depuis le traumatisme n'est pas de trop longue durée, ce qui permet de supposer que les cultures microbiennes n'ont pas eu encore le temps de se développer, le trajet de la lésion est enlevé au bistouri et la surface qui résulte de cette intervention réunie comme une plaie chirurgicale. Cette conduite, à laquelle se conforment tous les chefs de service, est particulièrement appréciée dans le service réservé aux plaies articulaires. Le docteur Anthen, chef de ce service, en est fort partisan et il nous a affirmé lui devoir de très beaux résultats ; il a pratiqué devant nous, le deuxième jour de notre arrivée, une intervention de ce genre et le blessé, lors de notre départ, était en voie de guérison.

Lorsque l'infection est déjà à redouter par suite du temps qui s'est écoulé depuis le moment

de la blessure, ou que, pour un motif quelconque, la plaie ne se prête pas à la réunion, le blessé est installé pour que les surfaces traumatisées soient soumises à l'irrigation continue par la méthode de Carrel, avec le liquide de Dakin préparé quotidiennement suivant la technique de Daufresne. Dès que le traitement est commencé, un prélèvement quotidien est fait sur chaque plaie par un bactériologue qui, ensuite au laboratoire, fait la numération des microbes et détermine les éléments cellulaires. Ce travail est toujours l'œuvre du même technicien et quotidiennement, les résultats des recherches sont inscrits sur la feuille de « *Courbe microbienne* ». Généralement, après peu de jours de pansement et d'irrigation, la température descend et la courbe microbienne arrive à zéro. Lorsque, pendant plusieurs jours, pareil résultat a été obtenu, la plaie est suturée, qu'il existe ou n'existe pas de lésions du squelette. La surface bourgeonnante est disséquée et enlevée lorsqu'il s'agit d'une plaie en surface ; lorsqu'au contraire on est en présence d'une plaie cavitaire, on enfouit dans les tissus cette surface bourgeonnante pour faire du remplissage, elle se greffe et généralement est fort bien tolérée. On comprend sans sans peine que ces sutures secondaires ne peuvent réussir que si l'on est bien sûr de l'asepsie complète de la surface à traiter, d'où la nécessité absolue du contrôle bactériologique.

Fractures. — Toutes les fractures par projectiles de guerre étant des plaies cavitaires, sont, pour la grande majorité à l'Ambulance « Océan », soumises à l'irrigation Carrel-Dakin. Tout d'abord, le foyer est mis à jour et largement débridé, un nettoyage minutieux au savon, à l'oléate, puis à l'éther est de rigueur ; il est accompagné de l'extraction des projectiles, débris vestimentaires et autres corps étrangers. On esquillotomise peu à la Panne : seules les esquilles absolument libres sont enlevées ; les autres, c'est-à-dire celles qui ont encore des adhérences au périoste, sont conservées ; lorsque la courbe microbienne autorisera la suture de la plaie, ces esquilles serviront à constituer le cal et à éviter les pertes de substance. Il est difficile, avec les lavages que nécessite le traitement de ces plaies et l'irrigation par la méthode de Carrel, de se servir d'appareils platrés ; aussi, presque tous ces blessés sont-ils installés dans les appareils à suspension et à traction du système de Blacke, que tout le monde connaît aujourd'hui. Le pansement des diverses fractures est fait régulièrement tous les jours pendant la période de suppuration. Les blessés sont transportés dans une salle spéciale réservée à cet usage ; leur appareil étant défait, la plaie mise à nu, il est tout d'abord procédé au prélèvement microbien ; la plaie, lavée comme il convient avec de l'eau tiède stérilisée et le savon d'oléo, est l'objet d'un examen sérieux de la part du chef de service ou de son aide qui se chargent toujours eux-mêmes de ces interventions. Après avoir constaté que la plaie et la fracture se comportent pour le mieux, ils replacent les tubes à irrigation et achèvent le pansement.

Rarement, très rarement, on pratique une amputation à la Panne. Grâce à la spécialisation des divers services dont le personnel convenablement stylé et bien surveillé, acquiert une expérience remarquable, la conservation des membres est poussée aux limites les plus reculées. On a fait défiler devant nos yeux des séries de vues stéréoscopiques montrant les différentes étapes de réparation par lesquelles avaient passé des séries de malheureuses victimes de la guerre, alors complètement rétablies. Ces vues prises dès leur arrivée, montraient la lésion initiale, puis la marche de la réparation qui, par périodes successives, arrivait enfin à la guérison. En voyant ces clichés particulièrement suggestifs, nous étions obligés de reconnaître la supériorité des méthodes de traitement qui avaient permis des résultats aussi remarquables, et lorsque nous réfléchissions aux lésions que nous avions eues à traiter ou que nous avions vues dans les divers services par nous visités, force nous était bien de confesser que si nos installations avaient été ce qu'on aurait dû les faire, dès le temps de paix, si les services de chirurgie de l'avant avaient eu un personnel d'assistants et d'infirmiers aptes au travail que l'on était en droit d'exiger d'eux, nombre de nos amputés auraient conservé leurs membres et beaucoup de ceux qui ont succombé seraient encore pleins de vie.

Pourquoi utilise-t-on le Dakin pour le traitement des plaies à l'Ambulance « Océan » ? — C'est après maints essais que l'on s'est décidé, à la Panne, à employer le liquide de Dakin d'une façon à peu près exclusive. On a reproché à ce liquide d'irriter les téguments au voisinage de la plaie et d'être pour ce motif d'un emploi difficile. Cet inconvénient réel est facile à éviter en garnissant, ou mieux, en couvrant les téguments aux environs de la plaie de compresses enduites de vaseline stérilisée. On a successivement essayé à l'Ambulance « Océan » les divers liquides qui, depuis le début de la guerre, ont été préco-

nisés pour le traitement des plaies ; or, aucun d'eux n'a donné des résultats que l'on puisse comparer à ceux obtenus par le Dakin. Les recherches de bactériologues ont montré que c'est par l'emploi de ce liquide que les courbes microbiennes arrivent le plus vite au zéro. On a essayé à diverses reprises les chlorures de magnésium, en solutions diverses, mais ces liquides donnent avec l'oléate de soude un précipité ; dès lors, on ne peut ni laver les plaies, ni les savonner ; de plus avec ces liquides, les bourgeons charnus ont une teinte grisâtre, tandis qu'avec le Dakin, ils sont rouges et vifs ; incontestablement, c'est là la préparation de choix.

Tels sont les grands principes qui dirigent la thérapeutique chirurgicale à l'Ambulance « Océan ». La visite des services voisins, lésions des vaisseaux, des nerfs, crâne, face, etc., présente un intérêt tout aussi grand, mais nous sortirions du cadre qui nous est réservé, si nous voulions faire une description complète de tout ce qui nous a intéressé durant notre stage à cette formation.

Comme la perfection ne saurait être de ce monde, nous sommes bien obligés de reconnaître qu'il y a quelques ombres au tableau. Pour mener à bien une entreprise semblable, il faut un personnel considérable, et si nos souvenirs sont précis, il y avait lors de notre visite, en dehors du corps médical, 584 personnes des deux sexes employées à la Panne pour assurer les divers services nécessaires à l'Ambulance qui hospitalise 1000 blessés. D'où, dépenses sérieuses et élévation du prix des journées. Le professeur Depage, auquel nous présentions cette objection, nous répondit en souriant : « J'ai été chargé de soigner et de remettre sur pied des blessés, je dépense d'assez grosses sommes, mais étant donné le nombre de ceux qui auront conservé l'existence et dont les membres seront redevenus utiles, je crois que si l'on comparait les dépenses faites à la Panne aux chiffres qu'exigeront les pensions qu'il faudra faire aux veuves, aux orphelins et aux mutilés, tout compte fait, c'est encore à l'Ambulance « Océan » que le prix de revient sera le plus faible ». Nous croyons sans peine que notre ami était dans le vrai.

L'accueil que nous avons reçu à la Panne, nous avait fait trouver bien court le temps qu'il nous a été donné d'y passer ; cela ne surprendra personne ; l'hospitalité belge est légendaire dans tout l'univers et puis, nous étions entre confrères non divisés par les luttes ordinaires de la ..., et au contraire, tous unis pour obtenir le meilleur résultat possible dans l'intérêt de nos blessés. Les confrères de l'Ambulance « Océan », et tous les dirigeants et dirigeantes de cette remarquable organisation, ont droit à toute notre reconnaissance et nous leur adressons nos meilleurs souvenirs.

En regagnant mon poste, en réfléchissant à tout ce que je venais de voir, je me demandais quel avait été le motif qui, dans l'esprit de nos dirigeants, avait déterminé l'envoi à la Panne de missions successives. Si leur intention a été de faire constater par les jeunes chirurgiens ce que peut obtenir un *maître* digne de ce nom, lorsqu'il a le droit d'organiser son service, conformément aux principes de l'art, qu'on le laisse libre de choisir ses aides, et qu'une administration tracassière ne vient pas à tout instant, par des mesures intempestives et maladroites, réduire à néant le fruit de ses efforts, si, nous le répétons, telle a été l'intention de nos dirigeants temporaires, ils peuvent être satisfaits ; pour une fois, ils ont pleinement réussi. Leur succès n'a pas été moindre, s'ils s'étaient proposé d'inculquer à tous le désir de voir créer sur notre front, *et surtout dans les grands hôpitaux de la zone des armées*, si négligés en général, des formations semblables. Mais s'il y a loin, de la coupe aux lèvres, il y a encore plus loin, dans le Service de Santé, du désir à l'exécution. J'avais cru de mon devoir, pendant mon séjour à la Panne, de signaler ces désidérata, et en qualité d'ancien agrégé du Val-de-Grâce, d'attirer particulièrement, sur ce point, l'attention des chefs multi-galonnés : il est probable qu'ils avaient des occupations plus pressantes, car j'attends encore leur réponse ! ! !

27 octobre 1917.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Deux cas de résection de la hanche. — L'extrait hypophysaire dans le traitement des paralysies intestinales. — Extraction d'une balle du cœur. — Fièvres mixtes typhoïdes et paratyphoïdes. — Le typhus exanthématique à Paris.

— M. Le Für rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris deux cas de résection de la hanche*, pour plaies articulaires par blessures de guerre, avec fracture du col et lésions de la tête fémorale.

Le premier cas concernait une plaie par balle de l'origine de la cuisse, ayant traversé l'articulation, et provoqué une arthrite purulente

de la hanche, à évolution lente. L'état général était mauvais, avec déchéance complète de l'organisme. La résection de la hanche transforma immédiatement et complètement cet état de cachexie.

Le second cas concernait une plaie par balle ayant traversé le bassin de gauche à droite et provoqué une fracture du col du fémur droit. Suppuration abondante. Ostéo-myélite du bassin. Cachexie progressive.

La résection fut insuffisante à assurer ici la disparition des lésions osseuses, et il fallut pratiquer une désarticulation de la hanche, à la suite de laquelle le blessé guérit.

L'auteur estime que la résection doit être appliquée dans les plaies articulaires de la hanche, toutes les fois qu'une large arthrotomie ne suffit pas à juguler l'infection, principalement au cas de lésions osseuses importantes de la tête ou du col fémoral.

— M. KIRMISSON fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *l'emploi de l'extrait hypophysaire dans le traitement des paralysies intestinales consécutives aux opérations d'appendicite à chaud.*

On peut tirer de l'extrait hypophysaire d'excellents effets dans les cas d'occlusion intestinale. Etendant les applications entérocinétiques de cette médication, M. Kirmisson a eu recours aux injections d'extrait hypophysaire dans les paralysies intestinales qui, trop souvent, succèdent aux opérations d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Dans un cas de cet ordre, de paralysie intestinale complète, avec ballonnement énorme du ventre, consécutive à une opération d'appendicite à chaud, il put obtenir des selles régulières par des injections de un centimètre cube d'extrait hypophysaire, la selle succédant chaque fois à l'injection, au bout de 10 minutes à un quart d'heure en moyenne. Cette propriété entérocinétique de l'injection d'extrait hypophysaire est intéressante à connaître.

— M. HARTMANN présente à l'*Académie de médecine* une observation d'*extraction de balle de mitrailleuse de la paroi du cœur.*

Il s'agit d'un soldat blessé en août 1914, chez lequel les troubles n'apparurent qu'en février 1915. Ces troubles consistèrent en douleurs précordiales, palpitations avec accélération du pouls, malaises obligeant le patient à se coucher, arrêts du cœur avec angoisse, la nuit surtout. Un examen radiologique ayant montré la présence d'un projectile dans la paroi du cœur, au contact de la coupole diaphragmatique, M. Hartmann intervint et en pratiqua l'extraction. Les troubles morbides se calmèrent aussitôt après l'opération et aujourd'hui, après huit mois écoulés, la guérison s'est maintenue.

— M. G. ETIENNE lit à l'*Académie de médecine* une note sur *les fièvres mixtes typhoïdes et paratyphoïdes A.*

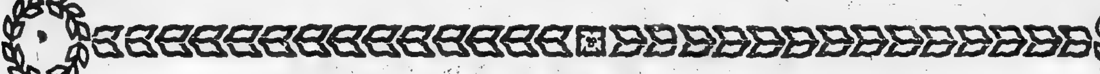
Comme l'ont montré MM. Chantemesse et Grimbert, l'infection par un germe de typhoïde ou paratyphoïde favorise une invasion de germes de la même famille. Un typhique, par exemple, aura plus facilement une paratyphoïde, et réciproquement. Ce sont là des infections typhoïdes secondaires.

M. Etienne signale des faits d'un autre ordre, des infections typhoïdes mixtes, dans lesquelles la typhoïde et les paratyphoïdes ne se succèdent pas, mais sont réunies et évoluent simultanément chez le même malade. Il rapporte un cas d'infection typhique *mixte* de ce genre, dans lequel l'hémoculture révéla du bacille d'Eberth et du paratyphique A. Au point de vue clinique, le début fut plutôt celui d'une paratyphoïde. La phase d'évolution fut polycyclique, comme fréquemment dans les paratyphoïdes, avec cependant une symptomatologie générale s'écartant peu de celle de la fièvre éberthienne.

— MM. NETTER et BLAIZOT, font à l'*Académie de médecine* une communication sur *quelques cas de typhus exanthématique à Paris.*

M. Netter a observé et pu réunir 7 cas de typhus exanthématique, à Paris, durant ces derniers mois. En règle générale, on pense peu au typhus exanthématique, en France, où on le considère comme une affection exceptionnelle. Pour poser le diagnostic de la maladie, il faut être prévenu de sa possibilité et la rechercher, ce qui n'est pas toujours facile, le typhus n'ayant pas de signe pathognomique. Lorsque les soupçons sont éveillés, on tiendra compte du début brutal, de la rapidité avec laquelle la température atteint son maximum, de la faiblesse des écarts entre les températures du soir et du matin, de la durée relativement courte (10 à 12 jours) de la fièvre, des phénomènes nerveux, de la rareté des déterminations intestinales, de la fréquence relative de certaines complications (parotidites suppurées, gangrènes). En cas de décès, on relèvera l'absence de lésions intestinales à l'autopsie. On s'aidera de recherches de laboratoire (hémoculture, agglutination, inoculation de sang).

Les cas de M. Netter n'ont pas été les points de départ de contagions, les mesures de désinfection ordinaires ayant suffi pour enrayer l'épidémie. Ces cas, en outre, n'ont pas été mortels. On sait, depuis les recherches de Brill, de New-York, que l'on peut voir, dans les grandes villes, des typhus bénins, à virus atténué par l'hygiène et la propreté. Ces typhus ne provoquent pas de contagion, bien souvent, parce que l'agent de transmission (poux) est détruit. Il n'y a pas plus de raison de contracter le ty-



plus au contact des typhiques s'il n'y a pas de poux que la fièvre jaune en l'absence d'anophèles ou la malaria en l'absence de moustiques.

Il convient de connaître cette possibilité du typhus bénin à Paris, sans s'en alarmer outre mesure, puisque de simples moyens de propreté localisent les cas.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la blennorrhagie.

Multa renascentur quæ jam cecidere... Les vieux traitements consacrés par l'expérience ne cèdent à la mode que pour un temps. Ils reprennent bientôt, dans la thérapeutique, la place qu'ils doivent légitimement occuper. Ainsi, dans le traitement de la blennorrhagie, l'usage des balsamiques, après avoir été supplanté par la méthode des lavages, revient en honneur et, semble-t-il, définitivement.

Longtemps le traitement de la blennorrhagie et de ses complications vésicales et rénales s'est borné à l'administration de cubèbe, de copahu et de santal, seuls ou combinés. Des échecs, dus moins aux médicaments eux-mêmes qu'à la façon maladroite dont ils étaient parfois administrés, firent abandonner les balsamiques pour les lavages uréthraux et vésicaux. Nous n'avons pas à insister sur la technique de ceux-ci, qui est plus du ressort du médecin que des malades. Si les lavages sont utiles, ils comportent aussi de réels inconvénients quand ils ne sont pas faits par des mains expertes : tel le malade qui se soigne lui-même, les pratique de façon défectueuse, à son plus grand détriment ; tantôt il inocule son urèthre postérieur et sa vessie, et d'une chaude-pisse banale fait une cystite que menace de compliquer une pyélonéphrite ou une infection générale ; tantôt, vrai blennophobe, il prolonge les lavages indéfiniment et substitue à une uréthrite microbienne une uréthrite médicamenteuse, qui n'est pas moins tenace. Aussi les lavages compliqués, astreignant le malade à des frais et à des pertes de temps sous peine de s'exposer à de réels dangers, sont-ils tombés en défaveur à mesure que l'administration des balsamiques, mieux comprise et mieux ordonnée, devenait plus pratique et plus efficace.

Les différents balsamiques ne possèdent pas une égale valeur thérapeutique.

Le cubèbe, comme le copahu, est souvent mal supporté par le tube digestif. Son action propre anti-blennorrhagique est fort peu accusée, sinon douteuse.

Mieux tolérée par l'estomac et le tube digestif que les précédents balsamiques, l'essence de santal ne donne guère non plus, à moins de doses exagérées, d'accidents du côté des voies urinaires, sauf les douleurs de la région dorso-lombaire, parfois assez violentes pour obliger à diminuer ou à suspendre le médicament.

Nombre d'auteurs attribuent au santal une réelle supériorité sur les autres balsamiques dans le traitement de la blennorrhagie.

On a tout avantage à remplacer le santal par une autre substance qui en est extraite, le *santalol*, alcool sesquiterpénique qui représente le principe actif spécial de l'essence de santal et qui n'en comporte pas les légers inconvénients.

GUIARD a confirmé récemment, dans un important article des *Annales des maladies génito-urinaires*, les bons résultats donnés par l'emploi de l'urotropine, préconisée principalement par Nicolaïer (de Gottingue).

On sait que l'*urotropine* est une combinaison d'aldéhyde formique et d'ammoniaque. Administrée par la voie buccale, elle passe rapidement en nature dans les urines, et c'est dans ce milieu qu'elle se décompose et laisse échapper l'aldéhyde formique, substance puissamment antiseptique. Pendant son court passage à travers l'appareil urinaire, l'urotropine manifeste ainsi ses remarquables propriétés thérapeutiques.

Elle transforme ainsi l'urine en un milieu impropre au développement microbien. Aussi l'urotropine est-elle un merveilleux médicament contre toutes les infections de l'appareil urinaire, depuis les pyélonéphrites jusqu'aux uréthrites. Elle agit spécialement sur les infections banales et les infections spécifiques, telles que la blennorrhagie.

Mais contre cette dernière infection, son action peut être encore considérablement accrue par l'adjonction de *salol*, qui se dédouble dans l'intestin en acides salicylique et phénique et de *santalol*, essence de santal débarrassée de ses éléments nocifs ; le premier exerce une action antiseptique générale, le second une action *spécifique* contre le gonocoque.

La combinaison de ces trois médicaments constitue l'*eumictine*, qui, traitement de la blennorrhagie par excellence, est encore un désinfectant remarquable de l'appareil urinaire et peut être employée contre toutes les infections qui l'atteignent en un point quelconque de son étendue.

Ainsi compris, et l'expérience montre son efficacité, le traitement de la blennorrhagie, qui comporte à côté de l'administration de l'*eumictine* des mesures hygiéniques et diététiques, se résume aux prescriptions suivantes :

1° Pendant les premières semaines, se limite dans les fatigues de la marche. Lorsque l'écou-

✦✦

lement est abondant, on marchera le moins possible ;

2o Ne pas user de l'alcool sous aucune forme, Boire du lait, du thé, de l'eau de Vichy ou de Vals, etc... ;

3o Eviter tout rapport sexuel jusqu'à ce que le médecin ait annoncé la guérison, parce que la maladie peut être communiquée à une femme, même après que tout écoulement paraît avoir disparu.

Lorsque l'écoulement existe encore, éviter toute excitation sexuelle, car les érections aggravent encore la maladie ;

4o Se laver toujours les mains après un contact avec les organes génitaux externes, l'écoulement porté sur l'œil pouvant déterminer la cécité ;

5o Coucher seul et s'assurer que personne ne se sert des objets de toilette du malade, surtout des éponges et serviettes ;

6o Ne jamais prêter un instrument quelconque ayant pu servir *au traitement, le détruire* sitôt la guérison dûment constatée ;

7o Aller à la selle tous les jours, ne jamais se laisser constiper ;

8o Ne pas faire usage de moutarde, de poivre, de radis, ni de sauces épicées ;

9o Prendre dès le début de l'affection 8 à 12 capsules d'eumictine par jour aux repas.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de radiodiagnostic technique et clinique. (*Deuxième édition*), par F. Jaugeas, assistant de radiothérapie à l'hôpital St-Antoine, chef du laboratoire de radiologie du Dr Béclère. *Préface du Dr Béclère*, de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8o de XXVIII-550 pages, avec 220 figures dans le texte et 63 planches hors texte (Masson et Cie, éditeurs, Paris), broché 20 fr. L'ouvrage se vend relié au prix de 24 fr.

L'ouvrage était devenu classique dès la première édition. Outre ses mérites propres, ce livre avait celui d'être le seul précis complet de radiodiagnostic présenté avec un luxe suffisant de documents iconographiques, qui donnât aux spécialistes et aux praticiens un guide pour l'ensemble des cas rencontrés par la technique et l'interprétation radiologiques.

Cette nouvelle édition, née pendant la guerre et malgré elle, se présente avec tout l'appareil de la première, complété et amélioré.

Comme dans la première édition, ce livre expose d'abord les règles d'une installation radiographique et, dans tous ses détails, le maniement des instruments. Il étudie ensuite les applications ; montre, par des épreuves radiographiques et des schémas, les caractères sous lesquels apparaissent, à l'état normal, les régions explorées. Il établit ainsi des points de repère nombreux, destinés à servir de termes de comparaison et à faciliter l'étude des aspects pathologiques. Ceux-ci font l'objet de la 3e partie réservée aux applications cliniques du radiodiagnostic.

Dans cette section, l'auteur passe en revue, à un point de vue essentiellement pratique, organe par organe, affection par affection, toutes les déformations et les troubles dévoilés par les rayons X.

A cet effet, il a multiplié les planches hors texte et les schémas démonstratifs.

La prothèse du membre inférieur, par le Dr F. Martin (de l'ambulance de l'Océan-La Panne) avec une préface du Pr Depage. 1 vol. de de 112 pages, avec nombreuses figures dans le texte, Prix 5 fr.

Parmi les problèmes que la chirurgie de guerre a dressés devant nous, l'appareillage des amputés est peut-être celui qui nous a trouvés le moins préparés.

L'appareillage se fait en deux étapes : l'amputé reçoit d'abord une prothèse provisoire ; c'est un pilon en bois monté sur une gaîne en plâtre moulée sur le moignon ; cet appareil simple, de prix minime, de construction facile, est appliqué dès que le moignon est cicatrisé. Plus de béquilles qui déforment le corps et altèrent le psychisme du mutilé !

Le membre artificiel définitif est du type américain ; à vrai dire, il ne reste guère du membre américain que le moulage du moignon, car d'importantes modifications y ont été apportées. La première concerne le matériel de fabrication : l'appareil est fait en copeaux de bois collés et durcis ; cette méthode nouvelle permet un moulage parfait et donne à la prothèse une solidité égale si non supérieure à celle du bois.

Une autre modification essentielle concerne la statique et les mouvements : la construction et le montage de la prothèse s'inspirent de principes anatomiques et psychologiques longuement exposés dans l'ouvrage.

Le Dr Martin a puisé ces principes anatomiques et physiologiques dans l'étude approfondie de la marche et il les a appliqués à l'art de la prothèse. Il a le mérite d'avoir créé non seulement un membre nouveau, mais une méthode nouvelle et scientifique.

Les blessures du cerveau, par Charles Chatelier, préface du prof. P. Marie (2e édition). Collection Horizon, (Masson et Cie éditeurs).

Leçons pratiques d'alimentation raisonnée, par A. Hemmerdinger, (Masson et Cie éditeurs).

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'Adrénaline.

— Posologie. Quelques indications.

L'adrénaline, autrefois extraite des capsules surrénales, est, actuellement, un produit de synthèse.

On n'utilise que la *solution normale* au 1000e.

Chlorhydrate d'adrénaline......	1 gr.
Chlorétone.....................	5 gr.
Chlorure de sodium......... ..	7 gr. 50
Eau q. s. p....................	1000 cc.

PROPRIÉTÉS : Vaso-constricteur (au bout d'un certain laps de temps, devient un vaso-dilatateur à surveiller), hémostatique ; analgésique pendant sa période de vaso-constriction, une heure environ ; hypersthénique puissant.

INDICATIONS : Hémorrhagies locales ou générales ; états ataxo-adynamiques de la fièvre typhoïde, de la diphtérie ; chloro-anémies par insuffisance ovarienne ; syndrome surrénalien.

En petite chirurgie, notamment pour les interventions oculaires, naso-pharyngées, dentaires, auriculaires.

MODE D'EMPLOI : *Eviter,* sauf les cas d'extrême urgence, *l'injection intraveineuse.*

USAGE INTERNE : *Per os* :

Se rappeler que chaque gr. contient XX gouttes.

Utiliser toujours la solution-mère au 1000e, et à *doses filées.*

0,25 cgr. à 5 gr. par 24 heures (Lyon-Loiseau) ; chez l'enfant, III gouttes par année d'âge et par jour (Ball).

Dans les hémoptysies, les hématémèses, les hémorrhagies utérines... on peut prescrire :

1°	Solution mère au 1000e........	1 gr.
	Eau distillée.........	125 gr.

par cuill. à café de 1/4 d'heure en 1/4 d'heure ou bien :

2°	Solution-mère au 1000e..	V à X gouttes
	Sérum physiologique....	250 gr.

en injection hypodermique, en une ou deux fois

3°	Solution-mère au 1000e...	XXX gouttes
	Eau dist. bouillie........	10 cc.

en injection hypodermique de 1 cc., deux ou trois fois dans la journée.

Par voie rectale : (cancer du rectum).

Solution-mère....		un quart de milligr.
Chl. de cocaïne..	} âã	cinq centigr.
Antipyrine.......	}	
Beurre cacao.....		trois gram.

contre les hémorrhoïdes, associer à la formule ci-dessus :

Extrait de marron d'Inde (solution)...............	III gouttes
Ext. d'hamamelis virginica.	cinq centigr.
Ext. de belladone.	deux centigr.

comme analgésique dans les opérations de petite chirurgie : (voyez, panaris, ablation de corps étrangers profonds, désarticulation de phalange, etc.)

Solution-mère............	X gouttes
Solution de cocaïne à 1p. 200.	10 cc.

une à trois ou quatre injections, à la racine du doigt et au lieu d'incision.

Usage externe : L'usage le plus courant se rencontre en oto-rhino-laryngologie, en thérapeutique oculaire, en stomatologie.

1° *Collyre*	Solution-mère......	deux gram.
	Sulfate d'atropine..	cinq centigr.
	Chlorhy. de cocaïne.	vingt centigr.
	Eau de roses q. s. p.	10 cent. cubes

1° *Pommade*	Solution-mère..	trois grammes
	Goménol.......	cinquante cgr.
(Rhinite)	Camphre.......	un gramme
	Vaseline.......	ââ 15 grammes
	Lanoline.......	

3° *Pulvérisation*	Solution-mère.	4 grammes
	Antipyrine....	4 grammes
	Chl. de cocaïne.	cinquante cgr.
	Menthol......	dix centigr.
(Laryn.-pharyn.)	Alcool (q. s. p. dissoudre).	
	Glycérine.....	ââ 50 gram.
	Eau de roses..	
	Eau dist. q. s. p.	500 gram.

A utiliser au moyen du pulvérisateur à vapeur.

Dr R. Molinéry, (de Barèges).

CORRESPONDANCE

Il faut rajeunir les cadres du Service de Santé.

La question du relèvement de solde des officiers subalternes me suggère quelques réflexions que je voudrais, par l'entremise de votre journal, soumettre à mes confrères en les invitant à la discussion. Je sais qu'on a beaucoup parlé sur ce sujet, mais sans y apporter, à mon avis, la brutalité nécessaire ! Pour ménager tout le monde, on ne dit plus la vérité.

Il est certain que, dans cette guerre, ce sont les professions libérales qui ont et auront le plus à souffrir. Si quelques commerçants se sont ruinés, la plupart ont laissé chez eux femme ou parent qui garde la maison et la fait souvent prospérer en majorant les prix sans aucune mesure. C'est la guerre, disent-ils ; j'ignore les euphémismes et j'appelle cela du vol. Les fonctionnaires, quand ils ne cumulent pas solde militaire et traitement civil, sont au moins assurés de retrouver leur place. Les ouvriers n'auraient jamais rêvé pareils salaires ; Ils les dépensent d'ailleurs jusqu'au dernier sou, se réservant de crier misère quand la vie normale reprendra. Quant aux paysans, dont les frais ont doublé, mais qui vendent leurs pro-

duits quatre fois plus chers, il serait facile de les taxer, mais j'imagine qu'on ferme les yeux pour leur faire oublier que leurs enfants, presque seuls, garnissent les tranchées.

Dans ce riant tableau, quel est notre lot, à nous médecins ? J'entends médecins de complément, car ne parlons pas de ceux de l'active. Quand retrouverons-nous la clientèle abandonnée ? Qu'en restera-t-il après cinq ou six ans d'absence ? Passe encore pour les jeunes, mais ceux de 48 ou 50 ans recommenceront-ils leur vie ? Et pour le moment, quel sort nous est fait ? La plupart d'entre nous ne dépassant pas 3 galons, nos soldes vont de 8 à 15 fr. par jour, avec interdiction de faire de la clientèle civile ; alors qu'en dehors du service, tous les autres mobilisés peuvent s'occuper de leurs affaires. Un célibataire s'en tire, mais comment vivre quand il y a femme et enfants ? Notre situation était si pitoyable, et un député, M. Lasies, je crois, ayant raconté à la Chambre que certains officiers ne faisaient qu'un repas par jour, n'ayant pas le moyen d'en payer un second, qu'on s'est décidé à nous augmenter. Mais, alors que les autres fonctionnaires ont obtenu des indemnités allant de 3 à 5 fr. par jour, on nous alloue généreusement de 87 centimes à 1 fr. 50. Il n'y a plus rien à dire, on s'est occupé de nous. Quant aux charges de famille, celui qui a 3 enfants recevra pour eux tous, à peine 1 fr. 10 par jour. Allez donc repeupler la France ! Et c'est pourtant la question capitale. Si dans 25 ans l'Allemagne a 90 millions d'habitants et nous 40, nous serons absorbés par la force des choses, malgré frontières et traités, quelle que soit l'issue de la guerre actuelle. Qu'on laisse donc les soldes à 10 ou 12 fr. si on ne peut faire plus ; un célibataire peut, à la rigueur, vivre et s'équiper à ce prix, mais un enfant ne devrait-il pas être tarifé à 2 fr. par jour au minimum, avec augmentation progressive dès le second ? Ainsi que l'a dit Pinard, on n'aura des enfants que lorsqu'ils ne coûteront rien, au lieu qu'aujourd'hui c'est un luxe. Et pourtant la vie du pays est à ce prix.

Quant à l'argent nécessaire, quelques millions de plus ou de moins passeraient inaperçus dans notre budget de guerre, mais, pour les formalistes, voici où le trouver : Rendez à la vie civile tous les médecins de 50 ans, sans exception.

Axiome. Tout médecin mobilisé appartenant à une classe non mobilisable, c'est-à-dire 1886 (*ou* 1887) *et plus anciennes, reste mobilisé par intérêt personnel.*

C'est un fait auquel les protestations ne changeront rien, et les intéressés peuvent économiser leur indignation. Déjà en temps de paix, nous avons tous connus ces braves confrères pour qui avait sonné l'âge de la retraite militaire, restés dans les cadres sur leur demande

et qui accumulaient pitoyablement les périodes de 28 jours, dans le puéril espoir d'obtenir sur le tard un bout de ruban.

Nous les retrouvons aujourd'hui : Les uns, professeurs ou autres officiels, ne pouvant cumuler solde militaire et traitement civil, gardent l'uniforme pour empêcher qu'un confrère mobilisé ne vienne occuper leur service réquisitionné, sauvegarder leur prestige, et obtenir de l'avancement dans notre ordre national. On dira qu'ils donnent sans compter leur science, leur dévouement, etc., etc... Oui, oui, je sais, mais nous parlons sérieusement. D'ailleurs leur dévouement pourra continuer à se montrer quand ils auront une redingote.

Quant aux autres, mobilisés dans leur ville, ils continuent à voir leur clientèle. Moyennant quelques heures passées dans un hôpital militaire, ils touchent une solde souvent élevée et ne se laissent pas oublier dans la pluie des rubans. Dans la dernière promotion de la Légion d'honneur, j'ai lu avec un vif plaisir le nom de plusieurs excellents confrères parisiens, polygalonnés, pour qui la guerre se traduit par une recette inespérée et annuelle de 7 à 8000 fr., sans compter la petite retraite que leur vaudra la Croix obtenue au titre militaire.

Oh ! ceux-là tiennent rigoureusement, exhortant les autres à la patience, et peu pressés de voir arriver la fin de l'aventure. La guerre dure pour beaucoup de raisons, mais je crois que l'une d'elles, et non des moindres, est que trop de gens y trouvent leur compte, civils et vieux officiers de toutes armes et services.

Ces braves se comptent par milliers : Qu'on les renvoie à leurs affaires, tout en marchera mieux. Si leur présence a pu être utile dans la bousculade du début, il n'en est plus ainsi, et quand Justin Godart certifiait à la Chambre qu'il ne gardait que les médecins strictement indispensables, c'était une affirmation officielle dont chacun de nous appréciait la vérité. Tous mes camarades de la région ont des loisirs, et j'imagine qu'il en est de même ailleurs.

Je ne suis plus assez jeune pour croire que ces lamentations changeront quoi que ce soit. Nos vieux confrères, peut-être persuadés de leur utilité, continueront à se cramponner au budget et nous toucherons mélancoliquement nos 87 centimes de supplément. Mais cette longue lettre m'aura du moins servi d'émonctoire, et, comme le renard pris au piège dont parle Musset, j'aurai rongé mon pied captif. Dr B.

Réponse.

Votre brutalité n'est pas pour nous déplaire. Et c'est très volontiers que nous nous en faisons l'écho, en vous demandant toutefois de revenir sur quelques points particuliers de votre lettre, où nous différons d'opinion avec vous.

1° *Les médecins mobilisés n'ont pas le droit de percevoir d'honoraires civils.*

Nous nous sommes exprimés nettement à ce sujet, en approuvant d'abord cette interdiction. Oui, mais depuis, nous avons constaté qu'un grand nombre, en dépit des circulaires, des règlements, doublent ou triplent leur solde avec les honoraires qu'ils se font plus ou moins largement octroyer, sans qu'on y mette obstacle, tandis que d'autres, pour quelques centaines de francs recueillis ici ou là, ont été l'objet de mesures disciplinaires sévères. Il y a donc deux poids et deux mesures.

Dans ces conditions, nous demandons l'application d'une règle unique, à savoir, que tout médecin qui sera appelé à donner des soins à la clientèle payante, puisse s'en faire rémunérer. Etant entendu cependant, qu'on supprimera les médecins mobilisés au service des populations et qu'on les remplacera par des médecins *mis en congé sans solde* et libres, par conséquent, de se faire honorer.

2° *Il faut démobiliser les médecins âgés de* 50 *ans et plus.*

Le rajeunissement des cadres, tel qu'il vient d'être réglementé, fixe les âges limites dans chaque grade.

Hors les cas d'exception, maladie, discipline, etc.. il n'est pas possible, il ne serait pas juste d'appliquer aux seuls médecins une mesure non réglementaire et à laquelle ne seraient pas soumis les autres officiers.

3° *Trop de médecins polygalonnés le doivent aux périodes qu'ils faisaient naguère pour attraper un bout de ruban.*

Parmi eux, il y avait un grand nombre de prévoyants, qui pensaient que la guerre était inévitable un jour ou l'autre. Leur fera-t-on grief d'avoir voulu faire cette guerre avec 3 et 4 galons plutôt qu'avec 1 galon, ou même sans galon ?

Nous avons nos idées arrêtées sur la hiérarchie actuelle des médecins, que nous désapprouvons. Mais tant que cela sera réglementairement pratiqué, nul ne saurait valablement reprocher à ces médecins de s'être conformés aux règlements en vigueur pour avancer dans cette hiérarchie.

Ceux qu'il faut plaindre, sont ceux qui, par mollesse, nonchalance, dédain, indifférence, n'ont pas cru devoir agir de même. Ils ont été souvent les propres artisans de la médiocrité de leur sort.

Souhaitons que le régime médico-militaire

change, que les médecins aient dans l'armée la place qui leur revient de droit, et nous verrons sans doute, en des temps nouveaux, le corps médical, affranchi d'une hiérarchie qui ne lui convient pas, jouer en pleine indépendance, le rôle pour lequel il est fait.

La relève des médecins R. A. T.

Y a-t-il trop de médecins mobilisés ? Je ne le pense pas et pour cause.

Aussi, ce que je vous demande, c'est de signaler à M. le Sous-Secrétaire d'Etat que, en pleine séance de la Chambre des Députés, M. Justin Godart a annoncé, il y a DEUX MOIS PASSÉS, que l'on PROCÉDAIT A LA RELÈVE des médecins de la classe **1892**. Or, actuellement, ces médecins ne sont pas relevés, et rien ne fait prévoir qu'ils le soient de sitôt si on n'appelle pas l'attention du ministre sur ce fait. La classe 1892 était peu nombreuse et on devait la relever en une seule fois.

Il serait intéressant de savoir si enfin la relève des vieux médecins est définitivement supprimée, alors qu'on continue à renvoyer à l'arrière des jeunes dont nous pouvons donner les noms. Ce sont là des questions qui intéressent au plus haut degré les médecins des classes 92, 93 et même 94 qui comptaient revenir à l'arrière.

Dr R.

Réponse

La démarche a été faite. Nous demandons même davantage : Que les R. A. T. puissent être mis en congé sans solde sur leur demande, en commençant naturellement par les plus anciennes classes.

Nous avons foi en notre nouveau Sous-Secrétaire d'Etat pour espérer que satisfaction sera donnée aussi non seulement à ces intéressants confrères, mais encore aux populations civiles et au Trésor.

A propos des docteurs en médecine classés et maintenus dans le service auxiliaire.

Abonné du *Concours* depuis 8 ans, je viens vous demander l'hospitalité pour les réflexions ci-dessous. Elles seront lues sans doute avec *intérêt. Peut-être le Concours Médical* pourra-t-il les faire siennes, les communiquer à M. le Sous-Secrétaire d'Etat Mourier, et obtenir de lui que tous les docteurs en médecine du service auxiliaire soient nommés, sans réserves, aides-majors à titre temporaire pendant la du-

rée de la guerre, tout en restant dans les services auxiliaires, puisqu'ils conservent forcément l'insuffisance physique qui les y a fait classer et maintenir.

« Je lis dans le *Concours* pour la deuxième « fois depuis environ 4 mois qu'une réponse « *affirmative* a été donnée par Monsieur le Mi« nistre de la Guerre, 1° à M. Henri Galli, 2° à « M. Jean Locquin (*Concours*, 1er mars, p. 224) à « leur question : « Les docteurs en médecine du « service auxiliaire peuvent-ils être nommés « médecins aides-majors à titre temporaire pour « la durée de la guerre ? »

« *Ce n'est pas tout à fait exact.*

« Ils peuvent être nommés : oui, mais seule« ment s'ils sont aptes aux formations de l'a« vant (art. 30 de l'instruction du 15 septembre « 1917 en application de la loi du 10 août 1917). « Cette aptitude (non professionnelle mais phy« sique) est vérifiée par des certificats de visite « et de contre-visite. De deux choses l'une : ou « bien elle existe, et alors il me semble que ces « médecins doivent être, *ipso facto*, versés dans « le service armé ; ou bien elle n'existe pas (son « absence justifiant d'ailleurs la présence de ces « médecins dans le service auxiliaire), ils res« tent alors médecins auxiliaires. Pour ceux-ci, « ni la loi, ni l'instruction désignées plus haut, « n'ont eu d'effets. C'est ce que je voulais mon« trer. Dr G.

Des encouragements

Ci-joint mandat de 12 frs. Je tiens à conserver mon abonnement et à vous encourager dans votre œuvre. Vous avez l'appui de tous les braves médecins du front, car vous avez la note juste pour remettre à leur place les quelques mécontents. En général, au front, nous nous trouvons relativement heureux, car nous nous contentons de peu, du présent, et nous tenons notre moral aussi élevé que celui de nos troupes : leur contact doit être le meilleur encouragement. Continuez à rouspéter pour le 3e galon, d'autant qu'on l'obtient trop facilement avec du piston politique.

Dr H.

Les médecins auxiliaires du service auxiliaire.

Un de nos correspondants nous prie d'insérer la lettre suivante :

Lettre ouverte à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

Au moment où vous allez recueillir la succession de M. J. Godart, j'ai l'honneur d'attirer votre attention sur l'injustice choquante dont souffrent les docteurs en médecine du service auxiliaire. Si la plupart d'entre eux a pu arri-

ver à avoir en plus de la solde de sous-officier (adjudant) une indemnité qui porte cette solde à celle de médecin aide-major de 2e classe (240 fr. par mois au total), ils ont toujours le grade de médecin auxiliaire. La loi du 10 août 1917, dite loi Mourier, permettrait de nommer aide-major les docteurs du service auxiliaire, mais l'Instruction du 15 septembre 1917 pour l'application de cette loi prescrit, à l'art. 30, un certificat de visite et contre-visite constatant l'aptitude au service dans les formations du Service de Santé, même de la zone des armées. Or, pourquoi demander ce certificat aussi à des médecins âgés de plus de 45 ans appartenant à des classes anciennes, telles que 88, 89, 90, 91, soit par leur âge, soit par le nombre d'enfants, tandis que les autres confrères de ces mêmes classes reviennent, par l'application des nouvelles dispositions, dans leur région et même dans l'endroit où ils exerçaient avant la mobilisation ? Vous objecterez que le galon n'a pas une grande importance, pourvu que ces médecins aient une solde d'officier.

Ce à quoi je réponds que les médecins qui sont exclusivement chargés des soins à la population civile, peuvent à la rigueur s'en passer, mais ceux qui sont chargés d'un service hospitalier, ou d'un service dans une usine, ou enfin dans un camp de prisonniers, ont besoin, pour avoir un peu d'autorité, d'un petit galon.

J'ajouterai enfin que, nommés officiers, ces malheureux confrères auront, peut-être, droit à cette indemnité pour charge de famille, qui, créée pour favoriser les familles nombreuses, est niée à ceux d'entre eux qui ont précisément une famille nombreuse, parce qu'il ne sont ni officiers ni sous-officiers à solde mensuelle.

Je suis certain, Monsieur le Sous-Secrétaire, qu'après avoir étudié cette question, vous accorderez à ces vieux praticiens, comme don de joyeux évènement, le galon d'aide-major en leur demandant tout simplement une copie certifiée conforme de leur diplôme de Docteur et en vous entourant, bien entendu, de toutes les précautions que conseille le cas Vacher qui a causé la chute de votre prédécesseur.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous Secrétaire, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

Dr X.

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La Lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de police* pour Paris, et pour la province par *le commissaire spécial du chef-lieu du département.*

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 26. — Occasion : A vendre un coussin pneumatique feuille anglaise rouge première qualité. Clinique, 127, rue Lecourbe, Paris.

N° 27.— Basses Alpes. — A louer appartement meublé de 3 pièces chez veuve de médecin en pleine campagne. Climat tempéré. On prendrait également pensionnaire veuve ou jeune fille.

N° 28.— Orne. Région du Perche bon poste à prendre gratuitement chef-lieu de canton, 4 heures de Paris. Dr Mahé Geveze (I.-et-Vilaine).

Petite correspondance

Dr D. de P... à « Sou médical ».— Je vous envoie 60 fr. soit trois cotisations, car j'estime qu'ayant pratiqué ma clientèle pendant mes congés ordinaires ou congés de convalescence, il est de mon devoir de m'acquitter régulièrement de mes cotisations.

Je suis en instance de mise hors cadres et tiens à rester un de vos fidèles sociétaires quoique, jusqu'à présent, je n'ai pas eu besoin de votre précieux concours.

Dr J. R.. — *Demande*.— Pourriez-vous, dans la « Petite correspondance » du *Concours médical*, me donner le renseignement suivant :

Suite page XXIV.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Médecine civile et médecine militaire

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les propos du jour du *Concours Médical* du 1er décembre 1917 sur les *Leçons de la guerre moderne, médecine civile et médecine militaire*, et je regrette de n'avoir pas eu à ma disposition le numéro de la *Grande revue* où se trouve au complet l'article du Dr Mignon dont le journal s'est occupé.

Le Dr Noir s'étonne que la Censure ait laissé passer tel quel l'article incriminé ; mais peut-être celle-ci ne l'a-t-elle pas jugé subversif, vu que les idées exprimées se condamnent par leur exagération même. En tout cas, ce n'est pas une approbation.

En cette occurence, je me crois autorisé, en ma qualité de médecin militaire en retraite, et de médecin civil exerçant depuis près de vingt ans (ayant pratiqué toute espèce de médecine depuis la spécialité jusqu'à la médecine de campagne) à essayer de montrer au Dr Mignon dans quelles erreurs il est tombé avec les meilleures intentions d'ailleurs.

D'abord, j'approuve complètement les réserves du Dr Noir relatives à l'enseignement de la guerre actuelle ; il dit avec raison qu'il faut laisser se terminer le conflit avant de porter un jugement quelconque.

Le Dr Mignon écrit :

« En créant l'école de Lyon, la loi de mars « 1882 a séparé les étudiants civils et les étu- « diants militaires et presque créé deux menta- « lités. »

Certainement la mentalité du médecin militaire, dans le cours de sa carrière, n'est pas celle du médecin civil ; elles ont toutes les deux leurs caractères propres, leurs qualités, leurs défauts ; mais ce qu'on ne peut reprocher à la médecine militaire, ce sont l'influence de la politique, de la religion, la lutte d'intérêts, sans compter *l'individia médicorum*, qui influent trop souvent, dans la pratique de la médecine civile, gênent parfois les meilleures capacités dans leur expression et découragent les moins timides. La camaraderie est une excellente chose (et c'est une vertu que ne cultivent pas les médecins civils en général) ; elle persiste tout le temps de la carrière et même après, et pour moi qui ai quitté l'armée depuis vingt ans, elle ne m'a jamais fait défaut quand les circonstances me forcèrent à y recourir. Aussi ai-je beaucoup regretté au commencement de la guerre que mon âge m'ait fait refuser au service ; la classe 1874 dont je fais partie a malheureusement été jugée trop jeune en 1870, trop vieille en 1914 pour se battre.

L'auteur déplore le casernement imposé aux futurs médecins militaires qui, dit-il, continue l'internement du lycée ou collège ; mais cette claustration est-elle une si mauvaise chose en elle-même ? Entre la sortie du collège (18 ans) et l'époque où le jeune homme pourra remplir son rôle dans la société et gagner sa vie (25 ou 26 ans), il y a une période difficile, redoutée avec raison par les parents, où le jeune homme livré à lui-même est sans direction, en but à ses passions, prêt à abuser de la liberté qui lui est accordée. Est-ce une mauvaise affaire que des autorités éprouvées interviennent pour lui donner une direction dans ses études, empêcher ces excès ? Au contraire, et beaucoup de parents qui n'ont même aucune intention de laisser leur progéniture dans la carrière militaire, n'hésitent pas à faire élever leurs enfants dans les conditions sus-dites, à Bordeaux, à Lyon. Je ne crois pas que les Forgues, les Dantec, les Tribondeau, les Villemain, les Delorme, les Vincent, etc... et d'autres qui les valaient dans le passé, élevés dans une école militaire, aient eu le développement de leur personnalité entravé et leur initiative arrêtée, comme le prétend le Dr Mignon.

Dans les écoles vétérinaires, comme Alfort, ce casernement existe pour tous les élèves, et je ne pense pas que ce mode d'étude ait soulevé beaucoup de critiques.

Au début de ma carrière maritime, lancé dans la pratique journalière après deux ans d'école préparatoire, passant mes examens de doctorat où et quand je pouvais, j'ai souvent regretté le régime militaire imposé aux élèves du Val-de-Grâce qui leur facilitait tant leurs études, et j'aurais subi avec plaisir un casernement auprès d'une faculté pour passer plus aisément mes examens.

Plût au Ciel que notre France ait été avant cette guerre plus militarisée qu'elle ne l'était ! Nous ne serions pas en proie aux difficultés que nous éprouvons aujourd'hui.

Le Dr Mignon oppose la discipline militaire à la discipline médicale ou scientifique et déclare que si le médecin militaire est pourvu de la première, il ne possède pas suffisamment la se-

conde ; mais il oublie que dans le médecin militaire, il y a deux hommes : le militaire et le praticien (1), le premier obligé d'obéir aux ordres administratifs qu'on lui donne d'aller partout où il est commandé. de faire exécuter les ordres relatifs au service qu'on lui confie ; l'autre, le praticien, qui n'est juge que de sa conscience, dans le traitement des malades, et qui, d'ailleurs, est prêt à reconnaître la valeur scientifique d'un médecin plus savant que lui. En dehors des grands principes reconnus par le corps médical, et auquel il est obligé de se conformer tout comme le médecin civil (et un procès qui n'est pas bien vieux a établi la responsabilité du médecin qui n'avait pas voulu se servir du sérum antidiphtéritique) il est seul juge du traitement à imposer à ses malades, et je ne sache pas qu'il soit arrivé à un chef militaire, même médecin, d'instituer un traitement unique pour chaque genre de maladie, pas un médecin militaire n'obéirait.

Je m'associe aux réserves faites par le Dr Noir au sujet de l'accusation portée par M. Mignon sur la conduite des médecins de carrière, qui, usant de l'influence du grade, se seraient employés à des postes de tout repos, adressant les médecins civils là où il y avait quelque danger à être brave. Il y a plus que de l'exagération. Mais je ne puis admettre l'opinion du Dr Mignon qui désirerait confier aux médecins civils, après la guerre, le soin des hommes à l'armée, comme elle l'assure dans les soins donnés aux ouvriers des grandes usines, des chemins de fer, etc... Il faut ne pas avoir vécu quelque temps dans l'armée pour ignorer de quelle influence jouit l'état militaire non seulement dans les rapports des officiers entre eux. mais encore dans les rapports avec les hommes ; un médecin sans galon, sans tenue militaire serait un médecin sans autorité (2) ; ses avis, ses conseils ne seraient pas suivis ; il ne serait même pas libre dans le traitement de ses malades n'ayant aucune autorité supérieure à qui en référer. Le chef de corps qui ne trouverait pas un médecin absolument à ses ordres en changerait constamment ; celui-ci de son côté qui aurait à se plaindre de son supérieur, lâcherait tout à la moindre observation ; bref ce serait le chaos. Chacun sait, comme je l'ai déjà dit, le rôle que jouent les relations, la politique, la religion, les influences de famille dans le choix des médecins des usines, des chemins de fer, etc., etc, les qualités professionnelles n'étant pas toujours en jeu, et on voudrait transporter tout cela dans le choix des médecins pour un corps bien hiérarchisé, bien discipliné !

La médecine militaire doit rester telle qu'elle est (c'est-à-dire un corps militaire parfaitement hiérarchisé), mais en profitant des leçons de la guerre actuelle, on doit étendre ses attributions dès le temps de paix, en faire un corps parfaitement autonome, constituant une sixième arme qui, en exceptant le commandement, ne dépendra d'aucune autre. Mais sait-on ce que l'avenir nous réserve, sait-on même si après la guerre nous continuerons à avoir des armées permanentes ? Aussi est-il bien difficile de prévoir ce que réserve l'avenir aux médecins militaires.

Dr de CHAMPEAUX.

(1) C'est ce que nous déplorons. N. D. L. D.

(2) Erreur, erreur ! Le médecin doit valoir par lui-même. Sa tenue morale, sa conscience professionnelle lui donnent plus d'autorité que ses galons. N. D. L. D.

Réponse

Fidèles à notre programme, nous avons laissé la parole à notre bon confrère et collaborateur le Dr de Champeaux, de Lorient.

En dehors des deux remarques que nous avons cru devoir placer en note, nous n'ajouterons qu'un mot : « Confrère de Champeaux, vous êtes orfèvre ! »

Encore un mécontent qui ne nous a pas compris et ne saurait nous comprendre

Notre administrateur a reçu la lettre suivante que, selon notre habitude, nous croyons devoir publier.

J'ai bien reçu votre lettre du 2 février. Je ne désire plus, du moins jusqu'à la fin de la guerre, me réabonner au *Concours Médical*. Si je vous dois quelque chose, je me ferai un devoir de vous l'adresser aussitôt. Votre lettre semble parler d'un renouvellement d'abonnement, mais je n'en suis pas très sûr.

Voici les raisons pour lesquelles je ne tiens plus à lire maintenant le *Concours*.

Je le trouve personnellement moins qu'intéressant : beaucoup trop de confrères y étalent des lamentations pour le nombre de galons, et leur ambition de décoration. Certains confrères mènent une campagne pour faire supprimer les galons aux médecins militaires : qu'ils laissent donc les gens de carrière faire ou demander à ce sujet ce qu'ils préfèrent.

D'autre part, je suis depuis quelques années abonné au *Concours* ; je suis partisan de la plus grande solidarité confraternelle, j'estime beaucoup le *Concours Médical* et son œuvre ; mais il m'est pénible de lire dans chaque numéro de votre journal des attaques plus ou moins violentes, plus ou moins propres contre les médecins de l'armée active. Je viens de lire encore ces jours derniers dans l'*Officiel* les affectations


Le Meilleur Calmant de la Toux
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE
SIROP FAMEL
au LACTO-CRÉOSOTE soluble
Phosphate de Chaux, Codéïne, Aconit, etc.
DOSES : de 2 à 3 cuillerées par jour.
Envoi gratuit d'échantillons
à MM. les Docteurs qui en feront la demande
86, Rue de la Réunion, 86, Paris.

de plusieurs promotions ; vous pourrez y constater comme moi que plus des 8/10 sont sur le front de France.

Vos colonnes ne disent jamais qu'il y a des médecins civils qui usent de tous les moyens pour rentrer à l'intérieur. Personnellement j'en connais plus d'une dizaine, âgés de moins de 40 ans qui ont demandé leur relève à cor et à cris, ou qui se sont fait évacuer pour des bobos et que l'on n'a plus revus. Par analogie, croyez-vous que l'on relève les officiers de réserve dans l'infanterie ? ils n'ont jamais pensé à l'exiger.

Dr C.

Réponse.

Le signataire de la lettre trouve que nous faisons trop de place aux lamentations des confrères qui réclament des galons et ambitionnent des décorations, et nous reproche en même temps le fait peu conciliable de prêter notre concours à une campagne pour faire supprimer les galons aux médecins de l'armée.

Nous nous permettrons de lui faire remarquer que les réclamations de galons nous laisseraient parfaitement froids, si leur attribution ne s'accompagnait d'une augmentation de solde et que, pour nous, médecins praticiens, il ne nous est pas indifférent de savoir que les 2/3 de nos confrères, chargés de famille, n'ont, pour faire vivre leur femme et leurs enfants au cours d'une quatrième année de guerre, que la solde insuffisante d'un sous-lieutenant ou d'un lieutenant. Quant aux décorations, nous avons trop souvent ici témoigné publiquement notre indifférence pour elles (bien que nous en ayant vu attribuer un lot suffisant en d'autres temps), pour que nos lecteurs ne puissent nous suspecter à ce sujet.

Notre correspondant nous conseille de laisser les médecins militaires de carrière décider seuls, si les médecins à l'armée doivent ou non avoir des galons.

Des arguments très sérieux peuvent être émis et l'ont déjà été pour soutenir les deux opinions opposées. Mais nous prétendons que les 18.000 médecins mobilisés qui jouent depuis près de 4 ans le rôle de médecins militaires, ont aussi le droit de s'occuper de cette question.

Les attaques « plus que violentes, et plus ou moins propres contre les médecins de l'armée active » qu'on lirait à chaque page de notre journal ont dû prendre dans l'imagination de notre confrère une place que nous ne leur avons jamais accordée. Nous n'avons cessé de répéter, et nous répétons encore, que nous nous refusions à rendre responsables tous les médecins militaires de carrière, des défaillances de quelques-uns, comme nous ne saurions rendre responsable le corps médical tout entier des malpropretés indiscutables de certains médecins militarisés ou non. Nous avons dit et répété qu'une chose était indiscutable, c'était le désordre, le manque absolu d'organisation, l'inexistence en fait du service sanitaire de nos armées au début de la guerre.

Nous avons ajouté et nous ajouterons encore que l'heure n'était pas venue de rechercher à qui incombe la responsabilité de cette incurie, mais que nous nous réservions de le faire après la guerre.

Notre correspondant connaît plus de 10 médecins civils qui ont cherché à se faire embusquer ; je le mets au défi de montrer qu'ici, nous avons donné si peu que ce soit notre appui aux embusqués ou aux embusqueurs.

Nous avons toujours réclamé la relève automatique pour éviter cette monstrueuse inégalité entre médecins, laissant toujours les mêmes à la fatigue et au danger et les mêmes au repos et en sécurité.

Quant à l'assimilation que fait notre correspondant des médecins aux officiers de réserve, elle ne peut exister et, s'il était possible de relever les officiers de réserve comme il est possible de relever les médecins, nous serions les premiers à le réclamer, poussés par le simple esprit de justice et par la saine compréhension de l'égalité de devoir de tous les Français envers leur Patrie.

Si notre correspondant est incapable de nous comprendre, il a raison de ne plus vouloir nous lire. Nous n'avons pas l'habitude au *Concours Médical* de farder la vérité pour plaire à nos lecteurs, et nous ne croyons pas que ce soit une tâche antipatriotique (bien au contraire) que de faire connaître les plaintes de nos confrères mobilisés, quand ces plaintes sont sincères et nous paraissent légitimes.

Ce n'est pas en cachant les abus, en étouffant les plaintes et en montrant toujours un visage béatement satisfait que l'on remédie aux vices trop nombreux qui ont contribué à reculer la victoire et que l'on sert utilement sa Patrie.

J. N.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

18804. — M. Emile Broussais, député, demande à M. le ministre de la guerre si le personnel médical est compris parmi les officiers de complément pouvant bénéficier des permissions agricoles réglementaires (*Question du* 9 *novembre* 1917.)

Réponse. — Réponse négative (1).

(*J. O.*, 5 décembre 1917).

18896. — M. Charles Bernard (Seine), député demande à M. le Ministre de la guerre pourquoi l'on retient encore l'indemnité de cherté *de vie, soit 2 fr. 50,* à tout officier partant en permission de détente, ajoutant que ceci est d'autant plus anormal qu'en ce moment, un projet de loi est déposé sur le bureau de la Chambre visant l'amélioration de la solde des officiers subalternes. (*Quest. du* 13 *nov.* 1917.)

Réponse. — Un décret du 27 octobre 1917 a revisé les règles d'allocations de l'indemnité de cherté de vie et autorisé le maintien de l'indemnité, tant pour les officiers de l'armée active que pour les officiers de complément, pendant la durée des permissions de détente.

(*J. O.*, 5 décembre 1917.)

19206. — M. Jacquier, député, demande à M. le Ministre de la guerre s'il ne serait pas possible d'accorder aux médecins et pharmaciens auxiliaires du service auxiliaire l'autorisation de poursuivre leurs études et de prendre des inscriptions lorsque leur service, dans une ville de faculté, le permet. (*Quest. du* 28 *nov.* 1917.)

Réponse. — Le Département de l'instruction publique a accordé le droit de prendre des inscriptions aux étudiants versés dans le service auxiliaire pour blessures de guerre ou maladie contractée au front et maintenus dans cette position à la suite de la contre-visite obligatoire prévue à l'article 3 de la loi du 17 août 1915.

(*J. O.*, 28 décembre 1917.)

19213. — M. Milliaux, député, demande à M. le Ministre de la guerre s'il existe un régime spécial pour les médecins rapatriés, considérant que, pour leur tenir compte de la longue captivité qu'ils ont subie, il paraîtrait équitable de les laisser dans les formations de l'arrière pendant une période suffisante à déterminer. (*Question du* 28 *novembre* 1917.)

Réponse. — Les médecins rapatriés sont envoyés en permission d'un mois avant de reprendre leur service. A l'issue de cette permission, ils rejoignent leur région d'origine, où ils reprennent leur tour de départ aux armées, compte tenu de leur âge et de leurs charges de famille. (*J. O.*, 18 décembre 1917.)

19480. — M. Paulin Dupuy (Tarn-et-Garonne), député, demande à M. le Ministre de l'instruction publique s'il ne lui semblerait pas juste d'autoriser les jeunes étudiants en médecine de la classe 1918, mobilisés, pourvus du P. C. N. et possédant une inscription de doctorat en médecine, à prendre la deuxième inscription, avec validation d'office, pour permettre à ces jeunes gens d'être affectés à une section d'infirmiers. (*Quest. du* 11 *décembre* 1917.)

Réponse. — Les étudiants de toutes catégories de la classe 1918 ont déjà bénéficié d'une faveur spéciale : ils ont pu, quoique incorporés en avril, prendre la dernière inscription de l'année scolaire et subir l'examen de fin d'année sans en avoir accompli toute la scolarité. Les étudiants des classes antérieures n'ont pas bénéficié de cette mesure exceptionnelle et bienveillante. La faveur réclamée par l'honorable député constituerait donc pour les étudiants d'une seule catégorie et d'une seule classe un deuxième privilège. Les étudiants dont ils s'agit possèdent, avec le P. C. N. une inscription de médecine qui leur a été accordée à titre d'indication d'études : en réalité, ils n'ont commencé aucune scolarité médicale. Si on les autorisait à prendre actuellement la deuxième inscription avec validation d'office de la première, on leur concèderait une inscription de pure forme, puisqu'ils n'ont pas pu accomplir la scolarité qui correspond à leur première. Dans ces conditions. le Ministre de l'instruction publique ne croit pas pouvoir déférer au désir exprimé par l'honorable député. Il appartient, d'ailleurs, à M. le Ministre de la guerre d'examiner si le certificat de P. C. N. et une inscription d'attache ne suffiraient pas pour assimiler au point de vue militaire, les étudiants qui les possèdent aux étudiants en médecine titulaires de deux inscriptions.

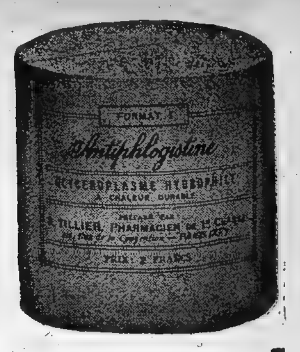
(*J. O.*, 18 décembre 1917.)

19527. — M. Jean Locquin, député, demande à M. le Ministre de la guerre quelle différence existe entre un docteur en médecine du service

---

(1) Cette réponse est en contradiction avec celle de la question 17589, aux termes de laquelle *des permissions agricoles sont accordées aux officiers de complément des classes* 1896 *et plus anciennes* (*Cf. Concours Médical*, nos 2, 15, I. 18).

Nous connaissons d'ailleurs des médecins mobilisés qui en ont bénéficié. (N. D. L. R.).



Pneumonies,
Pleurésies,
Bronchites,
Laryngites, etc...

— La chaleur humide, constante, est un adjuvant précieux de traitement. On l'appliquera avec le maximum de commodité et d'efficacité par **L'**



Glycéroplasme minéral à chaleur durable

= **L'Antiphlogistine** ne remplace pas le traitement interne; elle seconde son action. Dès la première application le patient ressent un soulagement presque immédiat. Attirant le sang dans les capillaires, elle tend à décongestionner et à faciliter la respiration et l'expectoration

= Ses composants *(Glycérine, Silicate d'alumine, iode, acide borique et salicylique, essences)*, dont l'action particulière est bien connue, garantissent ses effets aux points de vue constance et durée de chaleur, humidité, osmose, suractivité des fonctions de la peau, élimination et engloutissement des toxines.

—

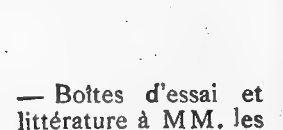
(Une boîte format III doit être utilisée pour l'enveloppement du thorax d'un adulte.)

—

MODE D'EMPLOI

— Chauffer la boîte au bain-marie; remuer avec une spatule ou couteau à bout rond pour répartir la chaleur. Appliquer chaud et en couche épaisse d'un demi-centimètre, directement sur la peau; recouvrir d'ouate. Laisser en place 24 à 36 heures.

— Tenir les boîtes à l'abri de l'humidité, pour que la pâte donne son maximum d'effet.


— Boîtes d'essai et littérature à MM. les Docteurs

En vente dans les Pharmacies.

VENTE EN GROS : **B. TILLIER,** Pharm. de 1re Cl.

116, Rue de la Convention, PARIS (15e).

Adresse télégraphique : **Antiphlo-Paris** Téléphone : **Saxe : 40-89**

Petite Correspondance (Suite)

—

Quelle est la date du décret affectant à l'intérieur les médecins de la classe 1891 (ou les pères de famille de 4 enfants classe 1895, appartenant pour cette raison à la classe 1891).

Réponse.— Nous ne connaissons pas exactement la date et le numéro de la Circulaire prescrivant la relève des vieux médecins R. A. T. Nous avons publié, dans le n° 21 du *Concours médical*, 1er novembre 1917, page 899, une lettre de M. le Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé où il est dit :

« Le bénéfice de l'envoi « à l'intérieur préalablement accordé aux classes 1889 et plus anciennes, vient d'être étendu « aux classes 1890 et 1891, « suivant les possibilités, « et d'après le nombre de « volontaires des classes « anciennes désirant servir aux armées. »

D'autre part, différentes déclarations ministérielles, enregistrées à l'*Officiel* sous forme de réponses à des questions parlementaires, ont précisé que la relève en question était étendue, même à la classe 1892.

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).



auxiliaire apte à faire campagne et un médecin du service armé, et s'il n'y a pas lieu de nommer médecins aides-majors les docteurs en médecine du service auxiliaire inaptes à faire campagne, lorsqu'ils possèdent, par ailleurs, des titres scientifiques remarquables. (*Question du 14 décembre* 1917.)

Réponse. — 1° Aux termes de la réglementation actuelle, les docteurs en médecine du service auxiliaire peuvent accéder au grade d'aide-major, mais ils perdent, du fait de leur nomination, leur statut d'auxiliaire. Les conditions de leur utilisation restent donc uniquement déterminées par le degré de leur aptitude à faire campagne ; 2° réponse affirmative, à condition toutefois qu'ils soient capables de recevoir une affectation aux armées ; l'expérience ayant démontré que de monbreux emplois aux armées pouvaient être occupés par des officiers naguère classés « inaptes », il faut, mais il suffit, que le candidat au grade d'aide-major ait cette « aptitude restreinte » exigée aujourd'hui pour le maintien dans les cadres de tout officier du Service de Santé.

C. M. n° 5302 1/7 du 17 février 1918.

A/S. des nominations à titre définitif aux grades de médecin et pharmacien aide-major de 2e cl.

Comme suite à la circulaire n° 2766 1/7 du 26 janvier 1918, je vous informe que, par décret du 9 septembre 1917 (*Journal officiel* du 14 septembre 1917 (la mention « *pour prendre rang du jour de leur nomination à titre temporaire* » qui figurait en tête du décret du 24 août 1917 (*J. O.* du 28 août) portant nominations à titre définitif aux grades de médecin et pharmacien aide-major de 2e classe de réserve de l'armée territoriale, a été annulée.

En conséquence, les médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe titularisés par ce décret doivent être considérés comme prenant rang à titre définitif du 24 août 1917 et leur avancement doit être réglé par les dispositions de la loi du 10 août 1917, modifiant, pour le temps de guerre, les règles concernant l'avancement des sous-lieutenants et assimilés.

Il y aura lieu de modifier et de m'adresser d'extrême urgence les états A établis pour cette catégorie d'officiers dont les indications ne seraient pas conformes aux dispositions du décret du 9 septembre 1917. *Signé* : ROUGET.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Les dispensaires antisyphilitiques et les Syndicats médicaux.

Le Dr Leredde, Président du Syndicat des médecins de la Seine, dont personne n'ignore la haute compétence en matière de syphiligraphie, a adressé à M. le Dr Delom-Sorbé, député, secrétaire de la Commission d'Hygiène Publique de la Chambre, la lettre suivante :

Paris, le 7 décembre 1917.

Monsieur le Député,

A la fin de la réunion de la Commission d'Hygiène du 31 octobre, à laquelle j'ai été invité comme représentant de l'Union des Syndicats médicaux de France, M. Doizy, président, m'a demandé de soumettre à la Commission une étude relative au mode de recrutement des médecins qui seront chargés, à la fin de la guerre, de la direction des dispensaires antisyphilitiques. J'ai l'honneur de vous adresser ce travail qui a été soumis à l'Union des Syndicats et approuvé par elle.

I

La Commission d'Hygiène Publique a compris, d'une manière unanime, que le succès de la lutte antisyphilitique, après la guerre, et lorsque les médecins qui dirigent, actuellement, les formations vénéréologiques seront rentrés dans leurs foyers, dépendra avant tout, de la valeur morale et technique des praticiens placés à la tête des dispensaires où seront traités les malades atteints de syphilis, — en outre de la collaboration du corps médical qui doit prendre part à l'œuvre de prophylaxie, aussi urgente dans la clientèle du praticien que dans les milieux pauvres où s'exercera l'action des dispensaires.

La Commission a paru résolument opposée à la nomination des chefs de dispensaires, faite directement par les autorités administratives locales, et reconnu que les projets élaborés dans ce sens par l'Administration de l'Assistance Publique ne peuvent satisfaire aux conditions fondamentales que je viens d'exposer.

L'inattention avec laquelle sont examinées, en province, les filles publiques suspectes d'accidents contagieux rend, à elle seule nuisibles

les inconvénients des méthodes auxquels seront confiés des services publics.

Deux systèmes restent en présence : nomination des chefs de dispensaires par voie de concours, désignation par les Syndicats médicaux.

II

J'ai exposé, dans un rapport communiqué, il y a quelques mois, à l'Union des Syndicats médicaux et que je vous envoie, certains des arguments qui nous obligent à repousser complètement la nomination au concours.

Nous affirmons d'abord que les médecins qui dirigeront les dispensaires antisyphilitiques ne peuvent être des « spécialistes » au sens *étroit* du mot. Car il apparaît, de plus en plus, que la syphilis est, au même degré que la tuberculose, une maladie générale, une grande infection dans laquelle les manifestations externes, spécifiques, n'ont qu'une valeur accessoire, et dont le diagnostic, qui doit s'appuyer sur des présomptions cliniques, doit être confirmé, d'une manière scientifique, par les recherches de laboratoire, *ceci dès le début de la période primaire.*

Un médecin chargé de la direction d'un dispensaire devra connaître la neurologie — les 2/3 des affections nerveuses étant dues à la syphilis — la psychiatrie, de nombreuses maladies mentales, en dehors de la paralysie générale, étant liées à une méningite spirillaire ; il doit avoir une expérience personnelle des maladies du cœur dont la syphilis est la cause plus souvent que le rhumatisme lui-même ; ainsi qu'une expérience réelle des maladies du poumon, du foie, du rein, du système osseux. Bref, il doit être un médecin, un bon médecin, un praticien expérimenté. Qu'il fasse, avant d'assumer la direction d'un dispensaire, un stage de deux ou trois mois dans un dispensaire déjà créé, pour compléter les notions qu'il possède déjà sur la syphilis, pour connaître mieux qu'il ne connaît déjà par une expérience *personnelle* (et non à la suite d'un effort livresque), l'utilisation des moyens modernes de diagnostic et surtout, pour s'initier aux méthodes nouvelles de traitement ; cela est d'une absolue nécessité. Mais tout concours, où des épreuves seront fondées sur des questions « spéciales », déformera son esprit et le versera dans l'ornière dont quelques syphiligraphes ne savent pas sortir.

Il importe que les médecins auxquels seront confiés des dispensaires n'aient pas quitté de la veille les bancs de l'Ecole et aient pratiqué pendant un certain nombre d'années. L'action morale qui leur incombe dépend, en effet, de leur autorité sur les syphilitiques auxquels ils donnent des conseils et proposent une discipline.

Le concours ne permet de recruter que des médecins dont la situation n'est pas assise ; et la Commission d'Hygiène ne peut croire que des praticiens, âgés de 35 ou 40 ans, exerçant depuis 8 ou 10 années, ayant une clientèle, accepteront de pâlir sur des livres où sont exposés les caractères cliniques des syphilides et les caractères anatomiques de la syphilis du foie, ceci pour préparer des épreuves qui se passeront à Paris ou dans telle autre ville de faculté, devant des juges avec lesquels ils n'auront pas de relations personnelles. Et, cependant, c'est dans cette classe de praticiens qu'il faut chercher, à tout prix, ceux auxquels seront confiés des dispensaires.

Le concours n'est pas nécessaire pour recruter des hommes de valeur chargés de diriger les dispensaires de grandes villes. A Paris, par exemple, la Société Médicale a jugé qu'il convenait de s'adresser aux médecins des hôpitaux qui ne sont pas des « spécialistes ». (Sur cette question, voir Leredde : « Les méthodes administratives et l'organisation de la lutte antisyphilitique. » *Concours Médical*, oct. 1917.)

La difficulté n'existe pas pour Paris, Lyon, Marseille, Lille ou Bordeaux. Mais, sur dix dispensaires (si l'on en crée un par département, plusieurs dans les départements très peuplés), neuf seront installés dans des villes de population moyenne ou faible. Des hommes intelligents, actifs ne partiront pas de Paris, Lille ou Bordeaux, pour aller diriger un dispensaire dans une ville de province qui ne sera pas choisie par eux et où ils ne connaîtront personne.

Bref, si l'on accepte le système du concours, les dispensaires seront dirigés, en général, par des médecins privés d'expérience médicale, qui ne seront pas, loin de là, les meilleurs de la profession et dont le but aura été simplement d'obtenir une place assez largement rémunérée.

Ces médecins, ces syphiligraphes officiels, pourvus d'un diplôme et d'un titre spécial, n'auront aucun rapport avec les médecins de la ville où ils seront expédiés par l'Administration. Ils ne seront pas, en raison même du mode de recrutement, les éducateurs que nous rêvons, les hommes d'action médico-sociale dont l'exemple entraînera leurs confrères, qui les détermineront à reconnaître l'étendue du fléau social que représente la syphilis, et à le combattre par des mesures appropriées.

Que deviendront enfin, ces fonctionnaires de la lutte anti-syphilitique s'ils ne travaillent pas, si leur activité est insuffisante ? L'expérience le dit : ils resteront dans les cadres administratifs et nuiront ainsi au succès de l'œuvre qu'il importe de réaliser.

Pour diriger la lutte contre la syphilis d'une manière efficace, il faut attribuer des fonctions, mais il importe de ne pas créer des fonctionnaires.

AVIS IMPORTANT

NOTRE PUBLICITÉ

Les lecteurs du Journal, toutes les fois qu'ils estimeront devoir prescrire un produit spécialisé, sont instamment priés de donner la préférence — lorsqu'elle s'accordera avec l'intérêt de leur malade — aux produits dont ils trouvent l'indication dans notre publicité et qui sont exclusivement français. Ils ne sauraient oublier le nom de ceux qui, par leurs annonces, nous apportent le moyen d'accroître l'action de prévoyance et de défense mutuelle inaugurée (et suivie avec un succès toujours croissant) par le CONCOURS MÉDICAL.

III

Au cours de la séance de la Commission, quelques objections se sont élevées contre la désignation par les Syndicats médicaux. On a reconnu qu'elle assurerait à la lutte antisyphilitique, aux dispensaires, qui en seront l'organe, la collaboration franche du corps médical, que nous savons nécessaire. On aurait pu reconnaître également qu'elle permettait seule de l'obtenir. On aurait reconnu, si la discussion s'était étendue dans ce sens, que la désignation par les Syndicats permettrait, contrairement à tout autre moyen, de placer à la tête des dispensaires des médecins expérimentés, des professionnels exercés. Mais quelques membres de la Commission se sont demandé — et je reconnais que l'objection mérite un sérieux examen — si les Syndicats s'intéresseraient réellement à l'œuvre de prophylaxie anti-syphilitique, et comment serait fait le choix des médecins qu'ils désigneraient aux Pouvoirs Publics.

Autant que je puis le savoir, des opinions un peu contradictoires et qui ne sont pas toujours favorables, existent dans les milieux politiques, au sujet des Syndicats médicaux. Les uns accusent nos groupements de se préoccuper, dans un esprit égoïste et exclusif, d'intérêts professionnels immédiats, de n'avoir d'autre but que le relèvement des honoraires, la lutte contre les Sociétés de Secours mutuels et contre la fonctionnarisation de la médecine, sous toutes ses formes. D'autres accusent les Syndicats d'inertie ; on assure que leur activité se réduit parfois au banquet annuel, où le Président et le Secrétaire prononcent un discours, sans que jamais les actes du groupement témoignent de l'intérêt qu'il porte aux questions médico-sociales, ni même aux questions d'ordre professionnel.

Les critiques, venues des milieux politiques, nous affligent quand elles accusent le corps médical d'indifférence au point de vue social, quand elles l'accusent de manquer à ses devoirs. On pouvait certainement rencontrer, avant la guerre, des Syndicats inertes ou d'activité minime ; et des Syndicats dont les chefs et les membres s'occupaient un peu exclusivement des intérêts matériels, absolument respectables et qui ont besoin d'être défendus, de la profession.

Le Syndicalisme médical n'est pas de date ancienne, et son organisation s'est développée lentement, à travers beaucoup de difficultés et de résistances. Le milieu médical est divisé ; l'Administration, centralisée et fidèle à des méthodes autoritaires, a créé de nombreux médecins fonctionnaires, et ceux-ci n'acceptent pas volontiers les progrès d'un mouvement qui tend à réduire leurs attributions et leur nombre.

L'activité de chaque Syndicat dépend de celle de son Bureau. Il n'est pas toujours facile de trouver des chefs qui aient l'énergie et l'indépendance nécessaires, des hommes jeunes qui puissent appliquer une partie de leurs forces à un travail méthodique et persévérant d'*organisation*, tandis que le souci de la situation professionnelle, qu'ils sont en droit de poursuivre, absorbe leur temps et leur intelligence.

Les médecins, comme les ouvriers, se sont, nous le reconnaissons bien franchement, syndiqués pour défendre leurs intérêts légitimes, à une époque où les individus se groupent de plus en plus, où tout homme qui vit de son travail peut devenir victime de son isolement, où les intérêts professionnels doivent être défendus. Il a fallu élaborer, peu à peu, lentement, une doctrine et des méthodes d'action.

Les Syndicats ont compris maintenant, et font comprendre à leurs membres que l'intérêt du praticien ne s'oppose à aucun intérêt social, que son devoir est de s'opposer au *sabotage* de la médecine, sous toutes ses formes, par les illégaux, par les médecins eux-mêmes.

Ils savent que les meilleurs arguments à opposer aux abus des Sociétés de Secours Mutuels, des Administrations publiques ou privées qui réduisent le praticien à des salaires de famine, aux abus de l'Assistance Publique qui traite des malades aisés, se trouvent dans les mauvais soins donnés aux Mutualistes, aux employés des Administrations, aux malades indigents et nécessiteux.

Peut-on croire que, dans un pays qui a donné au monde entier, depuis la guerre, des exemples admirables et incessants d'héroïsme, de sacrifice, de dévouement à la cause nationale, on ne puisse amener des groupements médicaux à travailler dans l'intérêt de tous ?

En temps de paix déjà, on ne trouvait, dans aucune profession, plus d'hommes capables d'abnégation et de désintéressement que dans la profession médicale. Et, depuis la guerre, le corps médical de France a donné, chaque jour, la preuve des sentiments qui l'animent.

Le devoir des Pouvoirs Publics est de reconnaître des activités qu'ils peuvent rendre fécondes en leur faisant confiance, et d'utiliser des forces qu'ils ignorent ou qu'ils négligent.

Les critiques dirigées contre nos Associations professionnelles oublient simplement le grand effort que les Syndicats Médicaux ont fait, depuis dix ou quinze ans, dans l'intérêt social. Quatre Congrès de Praticiens se sont réunis à Paris et à Lille en 1907, 1908, 1910 et 1914. Ces Congrès, auxquels ont pris part, chaque fois, mille à quinze cents médecins et où étaient représentés tous les Syndicats et de nombreuses Associations professionnelles, ont fait la preuve de l'esprit créateur, positif et généreux qui anime le Syndicalisme médical. Les médecins

ont dit, ils sont prêts à redire et à prouver par leurs actes, que l'action de leurs groupements doit s'exercer de plus en plus, dans l'intérêt de l'Hygiène et de la Santé publique ; ils assurent que l'Etat, les Villes peuvent faire appel à leur dévouement, à leur coopération, dans toutes les questions qui concernent l'une et l'autre.

Les premiers Congrès des Praticiens se sont attachés surtout aux questions d'enseignement médical. Ils ont dit que l'enseignement de la médecine doit être un enseignement technique ; ils ont défini l'*atelier* clinique et l'*atelier* scientifique où maîtres et élèves travaillent en commun, et affirmé que l'hôpital est le centre naturel de l'enseignement médical. Ils ont réclamé l'autonomie des Ecoles, subordonnées au Ministère de l'Instruction Publique qui les a réduites à l'état d'horloges dont l'Administration centrale règle les rouages.

Ils ont demandé la réforme des examens qui devraient prendre un caractère technique et démontrer que l'étudiant s'est instruit à l'hôpital et au laboratoire, par l'observation et l'expérimentation, non dans les livres et les salles de cours.

Dès le troisième Congrès, des questions d'un ordre nouveau sont apparues.

Les rapports furent consacrés à l'organisation des hôpitaux en France et à l'étranger (Belgique, Etats-Unis, Allemagne), à l'étude des législations sanitaires à l'étranger (Angleterre, Belgique, Hollande), à l'application de la loi de 1902 en France, au rôle des Syndicats médicaux en matière d'hygiène, à l'avortement, au point de vue médico-social. Au Congrès de 1914, nous trouvons des rapports sur le rôle des praticiens dans la prophylaxie de la tuberculose, sur l'alcoolisme, le rôle des Syndicats médicaux en matière d'hygiène, l'organisation de l'hygiène à New-York, l'organisation sanitaire en Allemagne, le rôle du médecin dans l'éducation physique.......

IV

Mais, qu'il s'agisse d'enseignement, d'assistance ou d'hygiène, le mouvement de décentralisation, inauguré par les Syndicats médicaux s'est toujours heurté aux résistances administratives. Nous avons constaté que les administrations centrales, que les administrations locales s'opposaient d'une manière systématique à toute collaboration des Syndicats, à toute consultation de ceux-ci. Les exceptions ont été rares, tellement qu'elles confirment la règle. Quelles difficultés l'Union des Syndicats n'a-t-elle pas rencontrées, depuis le début de la guerre, pour obtenir que les Syndicats soient consultés, en principe, sur l'exercice de la médecine dans les régions privées de médecins ? et la question de principe une fois vidée, dans combien de départements les préfets ont-ils accepté d'agir d'accord, et de suivre des instructions données à contre-cœur, après deux ans de lutte, par la Direction de l'Assistance publique ?

L'avis des techniciens, leur coopération sont écartés d'une manière habituelle, et ceci ne saurait surprendre les hommes politiques qui connaissent les mœurs de nos administrations, leur esprit de domination, leur exclusivisme et leurs routines. A quelque parti qu'ils appartiennent, leur tâche première devrait être de réformer les méthodes de la bureaucratie, de l'animer d'un esprit nouveau.

Depuis la guerre qui a posé tant de problèmes relatifs à la vie intérieure de notre pays, les défauts du système sont devenus plus apparents que jamais. Dans notre République napoléonienne, la bureaucratie divise les individus en deux catégories, celle des administrateurs et celle des administrés, et ne comprend pas que l'organisation de la démocratie exige une collaboration de plus en plus étendue des *citoyens* aux affaires publiques, et d'abord, celle de tous les hommes compétents dans les matières où ils ont une compétence.

La structure administrative de notre pays est la première cause de l'indifférence que de nombreux individus portent, dans leurs actes, je ne dis pas dans leurs paroles, aux affaires publiques ; elle limite le rôle civique des individus au paiement de l'impôt et au droit de déposer, de temps à autre, un bulletin de vote dans une urne ; elle ne connaît que des contribuables et des électeurs.

Nous accepterions sans regret les critiques que les hommes politiques adressent aux Syndicats si elles prouvaient que nous pouvons nous entendre et que, dans les milieux parlementaires, tous les efforts que les Syndicats peuvent faire, dans l'intérêt public, seront appuyés et encouragés. Nous pourrions rappeler, de notre côté, que nous avons vu des ministres issus du Parlement, s'en remettre trop souvent aux fonctionnaires qui les entourent, accepter, en toutes circonstances, les méthodes bureaucratiques qui sont toujours étroites et de moindre effort. Les partis qui seront au pouvoir donneront-ils à notre pays des ministres qui soient les chefs et non les subordonnés, au moins les subordonnés des méthodes de leurs Administrations ? Nous voulons l'espérer, espérer le début d'une ère nouvelle.

V

Je reviens à la lutte antisyphilitique, en m'excusant d'une digression qui était nécessaire. La désignation des chefs de dispensaires par les Syndicats médicaux pourra donner de bons

résultats, elle pourra en donner de mauvais. *Le succès dépendra de la manière de faire.* Même dans ce système, qui nous paraît le seul possible, il faudra de la volonté, de la méthode. Je pourrais ajouter : de l'imagination créatrice et aussi de la persévérance. Il faudra *organiser, coordonner les efforts.* Il faut prévoir un organisme central, chargé de la direction de l'œuvre de prophylaxie.

Ne croyons pas, comme l'Administration a semblé le croire, jusqu'ici, que la création de dispensaires antisyphilitiques puisse être comprise dans le même esprit qu'une installation de bureaux de poste.

Si le principe de la désignation des chefs de dispensaires par les Syndicats Médicaux est admis, et si la Direction de l'Assistance publique, ou le Ministère de la Santé publique (qu'il faudra bien créer un jour ou l'autre) borne ses efforts à demander à tel ou tel Syndicat de désigner un de ses membres pour diriger un dispensaire régional, l'indifférence administrative engendrera une indifférence égale. Et nous ne sommes pas certains que dans tel ou tel Syndicat le président ou le secrétaire ne désigneront pas un de leurs amis, ou ne se désigneront pas eux-mêmes. Le choix par les préfets, qui a cependant l'inconvénient de créer des fonctionnaires qu'on ne peut remplacer, donnerait à peu près les mêmes résultats.

Il importe de passionner le débat, de l'engager avec ampleur, de faire confiance au corps médical et de s'adresser à l'Union des Syndicats elle-même. A l'heure de la paix, celle-ci devra provoquer la réunion d'un nouveau Congrès des Praticiens qui étudiera les grands problèmes d'ordre médico-social et d'ordre professionnel, posés au cours de la guerre. Le corps médical étudiera, discutera les questions relatives à la prophylaxie de la syphilis, et, si on l'y invite, celles qui ont trait à la lutte antituberculeuse. L'Union des Syndicats, le Congrès demanderont aux Syndicats avertis, informés, de désigner, dans *leurs Assemblées générales*, les médecins auxquels sera confiée la direction des dispensaires. Une indemnité sera attribuée à ceux qui seront nommés pour leur permettre de suivre un stage, tandis que se poursuivra l'organisation matérielle. Celle-ci achevée, les médecins désignés par les Syndicats devront consacrer chaque jour, moyennant une indemnité annuelle *suffisante*, quelques heures de leur temps à l'œuvre de prophylaxie antisyphilitique.

J'ai parlé d'un organisme central. Il faut, en effet, après avoir créé, soutenir, développer l'organisation, en assurer la vie et l'efficacité persistante. Une Commission permanente, autonome peut être composée de médecins élus par les chefs des dispensaires eux-mêmes. Cette Commission qui n'aurait pas à s'immiscer dans les détails de la vie intérieure des dispensaires devrait, avant tout, établir et poursuivre une propagande. Propagande auprès du public, dans un but d'éducation antisyphilitique. Propagande auprès des médecins, auxquels devraient être envoyés, *à titre gratuit*, les documents réunis et publiés par la Commission. Organisation du travail en commun. Réunions annuelles et bisannuelles des médecins chefs de dispensaires, comparables à celles que le service de santé a organisées depuis le début de la guerre, auxquelles seraient communiqués les rapports de *chaque médecin*, où seraient discutées, sur des rapports publiés *à l'avance*, toutes les grandes questions de pathologie et de thérapeutique relatives à la syphilis, c'est-à-dire à son domaine, aux moyens de la reconnaître, au moyens de la traiter.

En proposant à la Commission d'hygiène de la Chambre d'étudier, de discuter un tel programme et d'en poursuivre la réalisation, j'espère ne pas être accusé de rechercher un but chimérique. Je crois qu'en vingt années, si les Pouvoirs publics le veulent, on peut supprimer la syphilis en France, les 40.000 morts annuelles dont elle est la cause, les infirmités physiques et mentales qu'elle détermine ; qu'en appliquant des méthodes semblables à la lutte contre la tuberculose, en associant tous les médecins à celle-ci, on peut diminuer de moitié la mortalité que l'infection bacillaire détermine. Encore, faut-il vouloir et prévoir.

Un mot, pour terminer, sur une question d'ordre secondaire.

Les Syndicats Médicaux, saisis par l'Union, accepteront certainement de présenter au choix de l'Administration non un praticien désigné par eux, mais une liste sur laquelle les préfets pourront choisir. Ainsi, le prestige de l'Administration, les « principes » qu'elle veut faire respecter seraient saufs. Aux espoirs que j'ai formulés dans cette lettre, j'en ajoute un dernier. Nous voulons croire, sans que les précédents nous permettent des illusions exagérées, que le choix des préfets ou de l'Administration centrale serait déterminé par une appréciation équitable des valeurs d'ordre professionnel et technique, non pour des raisons d'ordre politique électoral.

Nous espérons que le souvenir des désastres de la guerre laissera des traces profondes, que leurs causes seront toutes comprises, et, qu'à l'avenir, les actes de nos administrations seront toujours déterminés par le souci de l'intérêt général de notre pays.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Citation

A l'ordre de l'armée

Le médecin-major de 2e cl. GABRIAULT (Louis-*Paul), du Xe régiment d'infanterie :*

« Médecin-chef de service d'un dévouement « absolu et d'un courage à toute épreuve. A assuré dans les conditions les plus parfaites les « soins aux blessés et leur évacuation pendant « les combats du 23 au 25 octobre 1917, toujours « sur la brèche pendant ces trois jours, n'a con- « senti à prendre du repos qu'après l'évacuation « du dernier blessé. »

5 février 1918.



A l'ordre de la division

CASTEL (Louis), médecin aide-major de 1re classe : « D'un dévouement à toute épreuve, a « contribué au maintien de l'ordre et du calme « dans une batterie durement éprouvée par un « bombardement à gaz, payant largement de sa « personne, se rendant de suite sur les lieux, « rassurant les hommes, déterrant les projecti- « les suspects, substituant son masque à l'appa- « reil Tissot dont il était muni, pour démontrer « l'efficacité du masque qui était mise en dou- « te. Officier d'une haute valeur morale ».



A l'ordre du régiment.

HARDY (Paul), médecin aide-major de 1er classe :

« Médecin de bataillon d'un sang-froid et « d'un dévouement au-dessus de tout éloge ; a « assuré les soins à de nombreux blessés et in- « toxiqués dans plusieurs circonstances criti- « ques, particulièrement en avril, mai et juin « 1917 lors d'attaques par gaz accompagnées de « violents bombardements. Précieux auxiliaire « du commandement dont le calme est aussi « salutaire au moral de la troupe que sa science « l'est aux corps ».

6 janvier 1918.

REPORTAGE

Souscription des médecins Suisses en faveur de la Caisse de guerre française. — Le chiffre des souscriptions recueillies par M. le Docteur PATRY, de Genève, parmi ses confrères de Suisse, s'élève à 2.500 francs.

C'est, entre tant d'autres, une manifestation de sympathie de la nation voisine dont les médecins français ne peuvent manquer d'être touchés et reconnaissants.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — *Samedi* 20 *avril* 1918, *à* 2 *heures* (Salle des Sociétés Savantes). — ORDRE DU JOUR. — Action de l'Union pendant la guerre. Organisation de la lutte antituberculeuse. Organisation de la lutte antisyphilitique. Révision du Tarif des honoraires médicaux dit Tarif Dubief. Exercice de la médecine dans les pays envahis, après la guerrre. Les intérêts des médecins mobilisés.

— **Le Groupe médical parlementaire s'est réuni** le 14 courant, au Sénat.

Par 31 voix sur 34 votants, il a été élu président du groupe, le docteur Chauveau, sénateur de la Côte-d'Or.

Après avoir remercié ses confrères, le nouveau président a proposé de réunir le Groupe régulièrement chaque mois, d'établir entre le Groupe, la presse médicale, les associations professionnelles un contact plus intime ; de demander, notamment, à l'Union des Syndicats médicaux de convoquer (lorsque cela paraîtra nécessaire), le président et le secrétaire du Groupe médical parlementaire aux réunions de son conseil d'administration. De cette façon, le Parlement sera tenu au courant des desiderata du Corps médical.

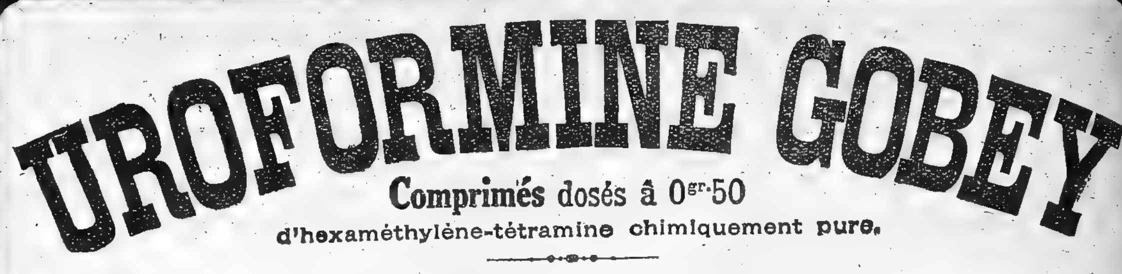
Le Groupe a, ensuite, examiné les vœux du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux sur l'organisation de la lutte contre la syphilis ; il en a approuvé les termes, après quelques additions ou modifications légères qui n'en changent ni le sens, ni la portée.

Enfin, le docteur Gilbert Laurent, secrétaire du Groupe a donné lecture des réponses ministérielles faites aux demandes ou démarches du Groupe, en faveur des médecins (mise hors cadre des vieux médecins — nomination au grade d'aide-major des docteurs en médecine mobilisés — fournitures d'essence pour autos et permis de circulation étendus aux arrondissements limitrophes de la résidence des praticiens.)

En dernier lieu, le Groupe a décidé de renouveler ses démarches en vue de faire accorder aux étudiants mobilisés et aux P. C. N. de plus grandes facilités pour continuer leurs études médicales pendant la guerre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Succrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales



Comprimés dosés à 0gr.50

d'hexaméthylène-tétramine chimiquement pure.

ANTISEPTIQUE IDÉAL

des Voies Biliaires et Urinaires

RÉFÉRENCES MÉDICALES :

Bazy, Ch. des H. Paris.
Barbier, M. des H. Paris.
Chaput, Ch. des H. Paris.
Ertzbischoff, Ex-Int. H. Paris.
Fiessinger, Ex-Int. H. Paris.
Gallois, Ex-Int. H. de Lille.
Guiard, Ex-Int. H. Paris.
Prof. **Jeannel**, de Toulouse.
Prof. **Legueu**, Paris (Necker).
Oraison, Chef Cl., Bordeaux.
Potocki, M. des H. Paris.
Prof. **Pousson**, de Bordeaux.
Rabère, Ch. des H., Bordeaux.
Richelot, Ch. des H. Paris.
Thiroloix, M. des H. Paris.

Prescrivez

l'Uroformine Gobey, produit français, dans toutes les affections où vous prescriviez l'Urotropine : Antisepsie des Voies Biliaires et Urinaires, Rhumatisme, Phosphaturie, Prophylaxie de la Fièvre typhoïde, etc.

3 à 6 Comprimés par jour dans un verre d'eau froide.

ÉCHANTILLONS : 4, FAUBOURG POISSONNIÈRE, PARIS

ÉNESOL

SALICYLARSINATE DE MERCURE

(38,46 % de Hg et 14,4 % de As, dissimulés)

AVANTAGES
- ***Faible toxicité,*** 70 fois moindre que HgI^2.
- ***Indolence de l'injection.***
- ***Valeur spécifique double :*** 1° Comme ***hydrargyrique ;*** 2° comme ***arsenical*** (action élective de l'arsenic sur le spirochète). Fleckseder (clinique du Prof. Von Neusser, de Vienne) qui a utilisé parallèlement l'**ÉNESOL** et le Dioxydiamidoarsenobenzol a constaté seulement avec l'**ÉNESOL** la disparition rapide et complète du Wassermann chez un paludéen syphilitique.

PHARMACOLOGIE et DOSES | ***Ampoules de 2 cc.*** d'une solution dosée à 3 cgr. par cc.; soit 6 cgr. d'**ÉNESOL** par ampoule. Injection intramusculaire d'une ampoule par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1334

TRAITEMENT ORGANOTHÉRAPIQUE de la Diathèse Urique

Essentiellement différent des solvants chimiques de l'acide urique

qui sont des substances étrangères à l'économie,

le SOLUROL

(ACIDE THYMINIQUE)

restitue à l'organisme soumis à la diathèse urique, **l'éliminateur naturel** *(acide thyminique)* élaboré normalement par l'organisme sain

assure ainsi un **maximum d'activité thérapeutique,** sans jamais produire la moindre action nuisible.

COMPRIMÉS dosés à 25 centigr. **DOSE** moyenne: 3 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1332

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 8 — 15 AVRIL 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

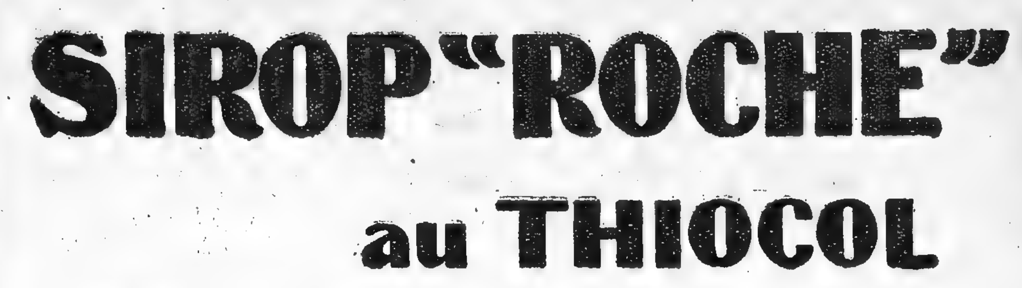
ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)



SIROP "ROCHE"

au THIOCOL

administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient

Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.

OVULES "ROCHE" au THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS



EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges PARIS.

Quarantième année — N° 8 — 15 Avril 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Santé publique et prophylaxie 339

Partie Scientifique

Clinique chirurgicale.
Quelques cas de chirurgie des membres, par le Dr Albert MOUCHET 341

Revue des Sociétés Savantes.
Etiologie des tachycardies de guerre. — L'azotémie des asystoliques. — Cancer primitif du foie chez un homme de 25 ans. — La méningite cérébro-spinale dans la zone des armées. — Injections intra-veineuses de produits insolubles. — Avantages de l'anesthésie discontinue. — Maladie d'Addison et goitre exophtalmique. — Erythème provoqué comme moyen de diagnostic précoce de la rougeole. — Gastrites aiguës consécutives aux intoxications par les gaz. — Endocardite maligne à évolution lente 349

Notes pratiques d'un médecin du front, par le médecin-major A. SATRE 353

Thérapeutique appliquée.
La lipoiodine (diiodobrassidate d'éthyle) comme succédané des iodures alcalins, par le Dr J. LABORDERIE 354

Notes de pratique quotidienne.
Les Mycoses 357

Correspondance

Les études médicales des étudiants mobilisés. — Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière, ne sera-ce jamais qu'une vaine formule. — Les toubibs « bouche-trous » ! 359

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Une interview du Dr Doizy, député, président de la Commission de l'Hygiène publique sur la Réorganisation du Service de Santé — Correspondance. — Les tuberculeux à l'armée. — Protection de la clientèle des médecins mobilisés 365

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires 375

Visions de Guerre.
Croquis de Roumanie : Une soirée à Golia. — Le blessé roumain 379

Partie Professionnelle

Assistance médicale gratuite.
Il faut relever les tarifs de l'A. M. G 380

Hygiène alimentaire.
Comment on fabrique le pain 381

Le Livre d'Or du Corps médical français.
Citation 382

PROPOS DU JOUR

Santé publique et prophylaxie

La statistique municipale de Paris donne une augmentation notable de la mortalité pendant la 13e semaine de 1918. Cette 13e semaine, remarqueront les gens superstitieux, fut la semaine sainte durant laquelle Paris fut le plus largement gratifié d'alertes nocturnes et de bombardements par canon à longue portée. Le nombre des décès, de 1.001 la semaine précédente, et de 1.066, moyenne ordinaire de la saison, a atteint 1.136. Étant donné que Paris était surpeuplé par le fait de l'affluence étrangère et celle des réfugiés, ce chiffre n'a rien de bien alarmant. Les maladies transmissibles, sauf la coqueluche, sont toujours relativement rares.

Nous devons cependant signaler, parmi les causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes enfants, les chroniques et les vieillards, le séjour dans les caves durant les alertes, séjour qui, en provoquant des broncho-pneumonies et en facilitant la propagation de la coqueluche, a fait certes beaucoup plus de victimes que les bombes des « gothas » et les obus du grand canon mystérieux.

Ces constatations statistiques nous amènent à quelques réflexions sur l'état sanitaire et les méthodes de prophylaxie officielles.

MM. Netter et Blaizot ont, dans une communication à l'Académie de médecine, que la presse a divulguée largement, fait savoir que dans ces derniers mois, ont été constatés à Paris, quelques cas de typhus exanthématique bénins, mais parfaitement caractérisés. Sans mesures extraordinaires, ces cas sont restés isolés et aucun n'est devenu un foyer de contagion. M. Netter a fait avec raison remarquer que, le pou étant l'agent de transmission avéré du typhus exanthématique, il suffit de détruire ce parasite pour préserver du fléau, qu'il n'y a pas plus de raison pour contracter le typhus au contact des typhiques, s'il n'y a pas de poux pour en inoculer le microbe, qu'il n'y en a de contracter la fièvre jaune ou la malaria en l'absence des moustiques qui les propagent.

Il convient donc de faire la guerre aux poux.

Dans les quartiers aisés de Paris, cela est relativement facile. Dans les écoles de ces quartiers, les enfants pouilleux sont une rare exception ; il suffit d'une observation du médecin et de quelque vigilance des directeurs et des maîtres pour que les parasites disparaissent.

Mais il n'en est pas partout ainsi, et, dans certains quartiers très pauvres, il est fort difficile, surtout dans les classes de fillettes, d'obtenir la disparition des parasites (1).

Les moyens mis à la disposition des directeurs d'école et du médecin scolaire sont absolument insuffisants

Les bons conseils, l'avertissement aux parents ne produisent que des effets très limités. Que peut une mère de famille dont le mari est mort ou mobilisé, si elle est obligée de travailler pour vivre ? Quand veut-on qu'elle trouve le temps de nettoyer la tête de 4 ou 5 enfants, lorsqu'elle rentre le soir, harassée de fatigue ?

L'éviction de l'enfant de l'école n'est pas le plus souvent une solution efficace. L'enfant va porter ses poux ailleurs et les transmet dans la rue à ses petits camarades. Les rares services d'épouillage des hôpitaux sont tellement insuffisants que l'Administration ne cherche pas du tout à en augmenter la clientèle, bien au contraire. Depuis plus de trois mois que règne officiellement la crainte du typhus, aucun effort sérieux n'a été fait : tout s'est borné à réclamer la vigilance des médecins par de multiples circulaires. Les avertissements, la vigilance en paroles ne signifient rien s'ils ne sont pas suivis de l'action efficace nécessaire.

Serait-il donc si coûteux au budget municipal, ou à celui des Caisses des écoles, de créer dans chaque arrondissement une équipe d'épouilleuses suffisamment payées qui, avec un matériel sommaire, mais suffisant, se chargeraient de nettoyer les têtes des enfants rebelles aux soins de propreté courants ? Les poux ne propagent pas que le typhus et nous sommes persuadés que bien des affections cutanées, et souvant la tuberculose, sont transmises par ces parasites. Il y aurait donc un avantage sérieux et constant à s'organiser sur ce point : Paris ne jouit pas à ce sujet d'un monopole, et ce que nous disons pour la Capitale peut s'appliquer à toute la France.

(1) Nous avons pu nous assurer que, dans certaines classes de filles, dans un quartier pauvre de Paris, les 2/3 des enfants étaient infestées de poux.

Mais nos Administrations sont timides. Au lieu de bien étudier la situation et, une fois fixées, de prendre des mesures énergiques, elles commencent par biaiser, par prendre des demi-mesures, par adresser aux médecins des avertissements confidentiels *pour ne pas effrayer le public.*

En attendant, le mal qu'on aurait pu facilement arrêter au début, fait des progrès et l'on est obligé d'en arriver aux grands moyens.

Ceci ne s'est pas produit heureusement pour le typhus à Paris, mais qui oserait prétendre que ce sont les mesures de la prophylaxie officielle qui furent cause de l'extrême bénignité de la maladie ?

Une autre affection qui, du fait de la guerre, devient un danger public, surtout à Paris, est la rage. Jadis, on en comptait 5 ou 6 cas par mois ; aujourd'hui, c'est 5 à 6 cas par semaine ; demain, si l'on n'y met ordre, ce sera 5 à 6 cas par jour.

Les chiens errants abondent à Paris. Par ces temps de restrictions et de rationnement, le médecin praticien qui pénètre dans les familles, est souvent écœuré de voir des gens aisés gorger leur chien du lait qui manque aux enfants et aux malades et de trouver chez des indigents, qui sont secourus par l'Assistance, des animaux qui partagent le pain de la famille. Cette zoophilie, tolérable dans une certaine mesure, en temps de paix, ne devrait pas l'être en temps de guerre, et la stricte application des réglements de police et l'exigence absolue du paiement des taxes qui, pour les chiens de Paris, presque tous inutiles et partant dangereux, devraient être considérablement augmentées, suffiraient à faire disparaître le danger de la rage canine et à alléger l'Institut Pasteur.

Mais là encore, l'Administration a peur de mécontenter le public. Et quel public ! Il en fut ainsi à Paris, il en est peut-être encore de même dans quelques villes de France, pour l'absinthe et l'alcool !

Comparons nos méthodes de prophylaxie sociale avec celles qu'ont appliquées nos Alliés américains à Cuba, où, en quelques mois, ils firent disparaître de la Havane la fièvre jaune qui y sévissait depuis des siècles.

Nous apprenons qu'ils ont pris à tâche de supprimer une nouvelle maladie mystérieuse qui fait nombre de victimes dans les armées alliées, la fièvre des tranchées.

Nous savons qu'une mission américaine

veut entreprendre aussi chez nous la lutte contre la tuberculose. Pour nous qui avons été si souvent témoins de l'impuissance de l'hygiène officielle, nous considérons ces tentatives comme dépassant de beaucoup les travaux d'Hercule, mais nous connaissons l'esprit ordonné, pratique, méthodique et constant de nos alliés d'Outre-Atlantique et si, sur ces points comme sur beaucoup d'autres, ils nous donnent de bonnes leçons, nous applaudirons franchement et de tout cœur, faisant litière de tout amour-propre national.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Lariboisière.

Quelques cas de chirurgie des membres (1).

Par le Docteur Albert Mouchet,
Chirurgien des Hôpitaux.

L'importance du Service de chirurgie que j'ai à diriger dans cet hôpital est grande, et la variété des malades que nous avons à soigner ne me laisse que l'embarras du choix pour vous en présenter quelques-uns, parmi les plus intéressants.

Je parlerai d'abord de ma salle de *blessés militaires* : à tout seigneur, tout honneur ! Cette salle est spécialisée ; elle constitue un centre de neurologie médico-chirurgicale où, avec la collaboration si compétente et si dévouée de mon collègue Lortat-Jacob, médecin de cet hôpital, j'opère les blessés des nerfs périphériques, lésions des plexus, lésions des gros troncs des membres, lésions des branches nerveuses. Les libérations, les sutures constituent un stock important d'opérations hebdomadaires dont le docteur Lortat-Jacob pose nettement les indications, après examen clinique et électrique, et dont il surveille les suites en appliquant, au moment opportun, le traitement électrique complémentaire.

J'ai opéré, depuis le début de cette guerre, près de 300 blessés des nerfs, et j'ai peu de choses à changer à l'article que j'avais publié sur ce sujet dans la Presse médicale dès la fin de mars 1915. Il eut été intéressant de pouvoir suivre tous mes opérés assez longtemps pour constater les résultats éloignés de mes interventions : cette satisfaction ne m'a été accordée que pour un nombre assez restreint d'entre eux.

(1) *Leçon clinique* faite en présence de la Mission Médicale Uruguayenne.

Néanmoins, j'ai revu assez d'opérés à longue échéance pour avoir une opinion favorable sur les résultats des interventions opératoires, surtout quand il s'agit des libérations, des neurolyses. Je crois qu'on peut évaluer en moyenne — sans excès d'optimisme — à 10 pour 100 le chiffre des succès fournis par les sutures, à au moins 50 pour 100 le chiffre des succès fournis par les neurolyses. Mais ces chiffres s'appliquent à tous les nerfs indistinctement ; or, il est certain que le radial et le sciatique poplité externe récupèrent beaucoup plus aisément leurs fonctions que d'autres troncs nerveux, tels que le médian, le cubital, le sciatique. Après la suture, la régénération pour le radial ne demande guère moins de dix-huit mois ; pour le médian et le cubital elle demande à peu près deux ans.

Il n'est pas douteux que les progrès de la chirurgie de l'avant, en permettant aux chirurgiens d'opérer plus précocement et plus complètement leurs blessés, assureront la réparation primitive des blessures des nerfs et préviendront la formation de ce tissu infecté cicatriciel, qui enserre le nerf dans une gangue scléreuse si difficile à disséquer.

Dans un service de neurologie de guerre comme le nôtre, on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue de la collaboration médico-chirurgicale. Le chirurgien ne doit opérer le blessé nerveux qu'après un *examen clinique* approfondi et un *examen électrique* précis, pratiqués par le neurologiste. L'opération, une fois décidée, ne doit être entreprise qu'après la disparition de la suppuration et des phénomènes inflammatoires. Presque tous admettent qu'après trois mois, lorsque le neurologiste n'a constaté aucune amélioration, le chirurgien est autorisé à prendre le bistouri et à aller voir l'état du nerf, en se comportant vis-à-vis de lui d'après les lésions constatées.

Si l'on veut assurer à l'opération le maximum

de chances de succès, il faut être pénétré de cette idée que les nerfs sont des organes délicats, fragiles, que l'on doit manipuler le moins possible et le plus doucement possible en les arrosant de sérum tiède pendant toute l'opération, en les écartant doucement avec des tubes de verre, avec des compresses imbibées de sérum.

En outre, il convient de se montrer *conservateur* : il faut être sobre de résections, que ces résections portent sur du tissu cicatriciel ou qu'elles portent sur des névromes.

Sans vouloir insister sur la technique opératoire dont la description m'entraînerait trop loin, laissez-moi vous rappeler que je crois recommandable, lorsqu'elle est indiquée, la suture des bouts nerveux avivés « en cupule » à l'aide de fils de lin prenant le névrilemme seul — si possible —, fils peu nombreux, peu serrés. Enfin, pour *soustraire le nerf à l'emprise du tissu fibreux* cicatriciel, le plus simple est de l'engaîner dans un lambeau musculaire sain taillé dans un muscle voisin. J'ai utilisé aussi avec succès l'isolement du nerf dans une membrane animale stérile.

Permettez-moi de vous signaler un détail de technique opératoire qui n'est peut être pas sans intérêt et sur lequel je crois avoir été un des premiers à insister : c'est celui qui concerne le siège de l'incision cutanée. Autant que possible, ne faites pas cette incision trop exactement sur la ligne de découverte du nerf : j'ai vu souvent, chez des blessés opérés sans qu'on prît cette précaution, la cicatrice opératoire, même réunie « per priman », adhérer aux plans sous-jacents et englober à nouveau le nerf libéré.

Je m'arrête là dans cette question de thérapeutique opératoire ; je n'en finirais pas si je voulais aborder les difficultés de la suture, les moyens d'y parer avec la suture à distance, les dédoublements des bouts nerveux, les positions à imposer aux segments des membres, etc., enfin les greffes nerveuses dont je n'ai pas l'expérience et qui ne semblent pas très recommandables dans l'état actuel de la science.

Tout n'est pas fini quand nous avons opéré ! Le neurologiste reprend alors ses droits et l'électrothérapie, la mécanothérapie doivent compléter l'intervention chirurgicale.

Un de nos blessés nerveux atteint de causalgie du médian avec paralysie grave de ce nerf, a pleinement bénéficié d'un *traitement opératoire imaginé par mon collaborateur et ami Lortat-Jacob* : ce procédé consiste dans une ligature au catgut modérément serrée du nerf au-dessus de la lésion. Ce malheureux jeune homme, auquel des douleurs atroces et continuelles rendaient la vie insupportable, qui ne pouvait plus dormir et devait garder sa main dans un bain froid sans cesse renouvelé, a vu cesser immédiatement ses douleurs, a passé des nuits de sommeil ininterrompu, est devenu gai et dispos. Je ne crois pas qu'on puisse assister à une plus complète « résurrection ».

Il est bien entendu que ce procédé ne saurait être appliqué qu'à des paralysies graves des nerfs, dont on ne peut espérer voir la régénération, mais appliqué dans ces conditions, c'est un procédé d'une simplicité, d'une rapidité d'action et d'une efficacité qui défient toute comparaison. Aussi, ai-je tenu à vous le signaler, d'autant plus que les faits de « causalgie » ne sont pas observés uniquement dans la pratique médicale de guerre.



Mes salles de civils renferment un choix de blessés civils malheureusement accru dans des proportions excessives par les victimes, peu graves, de la terrible explosion récente, et de malades de tout ordre venus de la consultation externe ou des services de médecine si importants de cet hôpital. La présence à mes côtés de collègues, particulièrement compétents en affections viscérales, estomac, intestin, poumon, me permet un vaste champ d'opérations dans ce domaine. En outre, mes études antérieures de chirurgie des membres me procurent un recrutement personnel fort intéressant de malades de ce genre, trop souvent négligés dans certains services hospitaliers.

Comme vous avez vu dans les services de plusieurs autres collègues des cas variés de chirurgie viscérale, vous me permettrez de ne vous présenter ici que des malades de chirurgie des membres. Comme le dit si finement mon maître Auguste Broca, dans la préface d'un livre récent : « On a un peu trop méprisé depuis trente ans tout ce qui ne se passe pas dans le ventre : la guerre a démontré, hélas ! que la chirurgie des membres a sa raison d'être et que l'orthopédie chirurgicale en est le complément indispensable. Ceux qui s'y adonnaient jusqu'à présent étaient un peu considérés comme des rebouteurs que l'on consentait à classer en catégorie supérieure ; pendant une vingtaine d'années on tirera peut être profit de leur expérience. »

Les deux opérés que je vous présente étaient atteints de cette maladie, encore peu connue dans

son essence même, dite « maladie de Dupuytren » ou *rétraction de l'aponévrose palmaire.*

L'un d'eux, très âgé — 81 ans, bien qu'il ne le paraisse pas — faisait le métier de plombier depuis l'âge de 14 ans. Il ne s'est aperçu qu'il y a cinq ans d'une corde fibreuse dans la paume de la main gauche, corde qui a été en s'accentuant à tel point que, lors de son entrée dans mon service, le petit doigt était littéralement couché sur la paume de la main.

L'autre opéré est au contraire jeune, 34 ans : Il a remarqué, il y a trois ans et demi, après avoir glissé d'une échelle, l'apparition d'une induration dans la paume de sa main droite, avec rétraction progressive dans cette main du doigt annulaire.

L'interrogatoire le plus minutieux et l'examen clinique le plus approfondi ne m'ont pas permis de trouver, à ces cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, une cause déterminante précise. Le traumatisme, les maladies infectieuses ou dystrophiques, généralement invoquées, manquent ici, et je ne vois à signaler, chez l'opéré jeune, que le fait intéressant — mais non démonstratif — d'une douleur sur le trajet de son cubital avec léger renflement de ce nerf au-dessus du coude. Ce n'est pas cette observation, croyons-nous, qui pourra fournir un appui bien puissant à la théorie de Guinebaut, d'après laquelle la maladie de Dupuytren est imputable à une névrite du cubital.

J'aurais tort d'insister davantage sur l'étiologie encore si obscure de cette maladie et j'ai hâte de vous dire deux mots de la technique opératoire à laquelle j'ai eu recours, et qui m'a procuré une si parfaite correction de la difformité.

Cette technique est due à Monsieur le Docteur Routier, chirurgien de Necker. Elle consiste à disséquer soigneusement la peau et à réséquer à fond tout le tissu fibreux qui enserre l'aponévrose palmaire et ses expansions, ainsi que la gaine des tendons fléchisseurs. Ce point lui est commun avec tous les autres procédés d'intervention. Mais, où le procédé de Routier est original, c'est en ce qu'il respecte la peau ; il sépare avec le plus grand soin sa face profonde du tissu fibreux néoformé, et il panse ensuite à plat sans suturer, de façon à ce que la plaie opératoire se réunisse par seconde intention.

La cicatrisation ainsi obtenue est rapide, et l'on ne voit pas survenir de récidives.

Elevé à l'Ecole de Paul Berger, qui sacrifiait résolument la peau dans les rétractions de l'aponévrose palmaire, en recourant à une autoplastie italienne, je n'avais pas été séduit par les résultats plastiques ainsi obtenus. Dès l'instant qu'il n'y a pas davantage de récidives à craindre avec le procédé de Routier, je lui donne la préférence parce qu'il est plus simple et qu'il laisse à la paume de la main sa peau normale plissée et résistante.

Les résultats obtenus par M. Routier et présentés à plusieurs reprises à la Société de Chirurgie m'avaient, comme beaucoup d'autres de mes collègues, convaincu de l'excellence de son procédé opératoire. Les deux succès que ce procédé vient de me fournir m'engagent à vous le recommander chaudement.

***

Il me reste à vous présenter un adjudant qui va être réformé, et qui a été atteint, il y a deux ans, d'une de ces lésions carpiennes graves sur lesquelles un français, Destot, a été le premier à attirer l'attention sous le nom de Dislocation du Poignet, il y a bientôt 20 ans. Il est vraiment triste de constater qu'à l'heure actuelle, malgré les très nombreuses publications parues sur ce sujet, ces lésions des os du carpe restent encore méconnues et négligées par tant de médecins ! Cet adjudant a fréquenté plusieurs infirmeries et hôpitaux militaires ; il a consulté près d'une dizaine de médecins, et c'est au bout de 23 mois seulement qu'ayant eu l'occasion de me consulter, il a appris quelle était exactement la nature de sa lésion carpienne.

Il n'y avait pas besoin de l'excellente radiographie de M. Vaillant, notre chef de Laboratoire, pour faire un diagnostic qui eût dû sauter aux yeux de tous les médecins qui m'ont précédé. Le malheur est que cet adjudant avait une main gauche fort impotente, et que, à part les douleurs du médian qu'elle pouvait améliorer, une opération n'était guère susceptible de diminuer son infirmité. Il était trop tard !

Je ne saurais trop répéter que, reconnus et réduits à temps, ces déplacements des os du carpe peuvent être suivis d'une restitution fonctionnelle intégrale : méconnus ou non traités ils laissent une infirmité grave et irrémédiable, et vous devez considérer comme exceptionnelles les deux observations avec radiographies que je vous présente ici et dans lesquelles les fonctions de la main étaient assez satisfaisantes.

Le diagnostic de luxation carpienne doit être soupçonné dans l'immense majorité des cas, affirmé souvent, contrôlé toujours.

✦

En présence d'un poignet gonflé et impotent, la première idée du chirurgien est de songer à une fracture du radius. Mais dans la luxation carpienne classique, la seule dont je veuille vous parler ici, appelée successivement Dislocation du Carpe (Destot), Luxation du Semi-Lunaire (Tavernier), Luxation dorsale du Grand os (Pierre Delbet), Luxation Subtotale du Carpe Retro-Lunaire, dénomination un peu longue mais que Jeanne (de Rouen) et moi proposons comme étant la seule exacte, dans cette luxation, dis-je, le « dos de fourchette » s'il existe, est plus bas situé : les apophyses styloïdes radiale et cubitale ont conservé leurs rapports normaux ; les mouvements de la main, tant passifs qu'actifs, sont beaucoup plus limités ; la flexion des doigts est impossible ou très restreinte ; les douleurs dans le domaine du médian ou du cubital sont très fréquentes. Enfin l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet lui-même est un phénomène très spécial à la luxation carpienne et qui s'y observe constamment au contact et au-dessus du pli inférieur du carpe.

La fracture du radius éliminée, on ne peut plus hésiter qu'entre une fracture du scaphoïde et une luxation carpienne. Dans la fracture *du scaphoïde*, le gonflement embrasse le poignet dans un demi-anneau externe ; la douleur est localisée au-dessus du talon thénarien et dans la tabatière anatomique ; le mouvement d'inclinaison radiale du poignet est le seul vraiment compromis ; les mouvements des doigts sont relativement libres.

Dans la *luxation subtotale du carpe rétro-lunaire*, les troubles fonctionnels s'imposent d'emblée à l'attention ; l'aspect comme « cloué » de la main est caractéristique. Il n'y a vraiment qu'un signe physique capital : l'*épaississement antéro-postérieur du carpe.*

Si l'on ne peut pas affirmer cette luxation, l'essentiel est de la soupçonner. La radiographie confirmera son existence et précisera les détails de la lésion traumatique. Il faut deux clichés : un de face et un de profil. Un chirurgien très habitué à la lecture des clichés du carpe pourrait se contenter du cliché de face, mais ce n'est pas assez. Les radiographies de face et de profil se complètent mutuellement : celle de profil montre mieux le déplacement dans le sens antéro-postérieur, mais celle de face montre mieux l'état de chacun des os.

Toutes les fois que nous avons affaire au déplacement des os du Carpe dans lequel le semi-lunaire n'a pas basculé en avant dans un mouvement de rotation de 90 degrés et plus, on peut réduire le déplacement sous l'anesthésie générale dans les premières semaines qui suivent l'accident. Passé trois ou quatre semaines, la réduction est exceptionnelle.

Dans la variété de déplacement avec bascule du semi-lunaire, comme celle qui se présentait chez cet adjudant où le semi-lunaire, après rotation de 90 degrés, avait sa face inférieure tournée en avant, la réduction plus difficile est encore possible, quoiqu'en aient dit certains chirurgiens, à condition d'être pratiquée sous l'anesthésie générale, bien entendu, mais dans les huit jours qui suivent l'accident. J'ai réduit avec succès deux cas de ce genre, mais la présence d'une fracture concomitante du scaphoïde rendrait vaines les tentatives de réduction les mieux conduites ; c'est ce qui m'est arrivé récemment.

Quand la réduction est impossible, on doit pratiquer l'ablation du semi-lunaire et, si le scaphoïde est fracturé, du fragment supérieur du scaphoïde qui est toujours accolé au lunaire.

Notre adjudant se plaignait de douleurs dans le territoire du nerf médian, il présentait de l'hypoesthésie dans le domaine de ce nerf à la main, des troubles trophiques des doigts et des modifications quantitatives des réactions électriques au niveau des muscles du pouce innervés par le médian, en particulier l'opposant. On pouvait donc affirmer que cet homme était atteint de troubles de compression du nerf médian qui était douloureux au palper au niveau de la saillie carpienne antérieure de l'os semi-lunaire.

L'ablation de cet os s'imposait incontestablement, non dans le but de remédier à l'impotence de la main et des doigts qui, par le fait de la non réduction de la luxation carpienne fort ancienne, était devenue irrémédiable (cependant, au bout d'un an, une ablation du semi-lunaire a grandement amélioré un de mes blessés), mais dans le but de supprimer cette cause de compression permanente que constitue pour le médian le semi-lunaire retourné en avant à la façon d'un chevalet sur une corde de violon.

Par une petite incision palmaire dont vous voyez encore la trace, j'arrivai aisément sur le semi-lunaire en réclinant en dehors le médian qui ne me parut point altéré.

La guérison opératoire survint sans encombre, les douleurs dans la sphère du médian disparurent comme par enchantement, et un traitement électrique complémentaire est en train d'améliorer le fonctionnement des doigts.

Voilà un sujet qui va échapper à cette redoutable complication qu'est la névrite du nerf médian. Mais il n'en garde pas moins une main et des doigts enraidis parce que, pendant deux ans, les divers médecins qui l'ont soigné n'ont pas eu l'attention attirée sur sa luxation carpienne.

Vous voyez comment la méconnaissance de la chirurgie des membres peut exposer les blessés à des infirmités graves.

Des calamités sans nom qu'engendre cette guerre ressort du moins cet enseignement utile, que la chirurgie des membres ne saurait être trop approfondie, appuyée sur de fortes notions d'anatomie et renforcée par l'exploration radiographique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Etiologie des tachycardies de guerre. — L'azotémie des asystoliques. — Cancer primitif du foie chez un homme de 25 ans. — La méningite cérébro-spinale dans la zone des armées. — Injections intra-veineuses de produits insolubles. — Avantages de l'anesthésie discontinue. — Maladie d'Addison et goître exophtalmique. — Erythème provoqué comme moyen de diagnostic précoce de la rougeole. — Gastrites aiguës consécutives aux intoxications par les gaz. — Endocardite maligne à évolution lente.

— MM. Crouzon et N. Mauger communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail intitulé : *étiologie des tachycardies de guerre.*

Les tachycardies ont fait l'objet d'un certain nombre de travaux depuis le début de la guerre. MM. Crouzon et Mauger les ont étudiées plus particulièrement au point de vue de leur étiologie. Eliminant, tout d'abord, systématiquement, toutes les tachycardies relevant d'une cause classique connue (maladie de Basedow fruste, bacillose, cardiopathies), ces auteurs ont envisagé les tachycardies essentielles permanentes, qui paraissent être une maladie cardiaque nouvelle de la guerre.

L'étiologie qui a paru dominer dans les antécédents des malades est l'étiologie infectieuse (rhumatisme, maladies typhiques). Elle a été notée 50 fois sur 96 cas, et la plupart du temps, l'état morbide infectieux était antérieur aux hostilités. Quelquefois, cependant, l'étiologie était d'un tout autre ordre (4 cas consécutifs aux gaz, 6 cas à des commotions ou à des blessures).

Il semble bien, d'autre part, que les conditions d'existence nouvelle de l'homme mobilisé, l'état psychique anormal d'émotion permanente, les fatigues inhérentes à la vie du soldat, jouent un rôle appréciable, en déclanchant une tachycardie plus ou moins latente, dont le patient était parfois atteint sans s'en plaindre.

En résumé, pour M. Crouzon, la tachycardie est causée, dans un grand nombre de cas, par une lésion infectieuse, organique et latente du cœur, assez souvent antérieure à la guerre, et pouvant être déclanchée par les circonstances de la guerre. On ne devrait pas, dès lors, la considérer toujours comme un simple trouble fonctionnel, mais penser à un substratum anatomique, chez les sujets en particulier, ayant des antécédents rhumatismaux, typhoïdiques ou infectieux graves.

M. Ribadeau-Dumas, dans l'étiologie des tachycardies actuellement observées, fait jouer un rôle important à la bacillose.

M. Josué estime aussi, qu'à côté de l'influence psychique, il faut faire la part des lésions vasculaires, dont on constate parfois les signes seulement après avoir mis le malade au repos.

— MM. Josué et M. Parturier font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *l'azotémie des asystoliques, son pronostic et son traitement.*

Avant de tirer des déductions d'un chiffre d'azotémie constaté, il est nécessaire de tenir compte de la quantité d'urine émise. Il est des azotémies par oligurie qui disparaissent quand on provoque (à l'aide de la digitale, par exemple) de la polyurie.

L'oligurie d'origine cardiaque peut créer à elle seule une azotémie voisine de 1 gramme, et réaliser le tableau clinique de l'intoxication urémique. Chez les brightiques, les défaillances cardiaques aboutissent à ce résultat et sont, pour ce motif, particulièrement redoutables. On pourrait dire, à ce point de vue, que l'avenir du brightique est dans la résistance de son myocarde. C'est seulement, en définitive, lorsque le muscle cardiaque a retrouvé sa tonicité, lorsque les œdèmes ont disparu, que le taux de l'urée sanguine traduit le degré véritable de la rétention azotée.

Chez un cardiaque ou un cardio-rénal asystolique présentant de l'azotémie, l'indication thérapeutique primordiale est d'obtenir la polyurie libératrice. Même si l'on se trouve en présence des contre-indications invoquées contre la médication digitalique, il faut avoir recours à celle-ci. L'albuminurie, l'azotémie, une altération rénale n'empêcheront pas l'admiuistration de la digitale.

— M. de Massary rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *cancer primitif du foie chez un soldat de vingt-cinq ans.*

Le cancer primitif du foie, chez les sujets jeunes, est très rare. C'est à ce titre que M. de Massary publie cette observation.

— M. Dopter fait, à l'*Académie de médecine*, une communication sur *la méningite cérébro-spinale dans la zone des armées pendant la guerre.*

D'une façon générale, la méningite cérébro-spinale a été peu fréquente chez les troupes en campagne : 1073 cas en 1915, 451 cas en 1916, et 409 cas en 1917. Le pourcentage, calculé d'après les effectifs, est de minime importance.

L'étiologie microbienne spécifique a subi une évolution assez curieuse. En 1915, dans le plus grand nombre des atteintes, le méningocoque type (variété A. de Nicolle) était en cause. En 1916, les paraméningocoques (variétés B et C, de Nicolle) se sont montrés plus fréquents, et, en 1917, le chiffre des infections à méningocoques et à paraméningocoques se trouvait à peu près à égalité.

— M. Chevallier lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *injections intra-veineuses de produits insolubles dans l'eau.*

Au cours de recherches sur le rôle de la rate, M. Chevallier a injecté à des lapins, dans la veine auriculaire, un certain nombre de poudres, en particulier du talc et du plâtre. Contrairement aux théories régnantes, ces injections n'ont été suivies d'aucun trouble notable. L'auteur n'a pas constaté d'embolie, pas plus que Fleig n'en avait constaté en injectant dans le sang des sels (silice, oxyde de nickel, etc.) en pseudo-solution assez concentrée.

Les recherches de M. Chevallier l'ont amené à considérer qu'il n'existe pas de différence essentielle entre l'assimilation des corps solubles et celle des corps insolubles. Lorsqu'on injecte dans le sang un sel soluble, on le retrouve dans les organes d'excrétion et dans les cellules macrophagiques. La plus grande partie du corps est rejetée dans les heures qui suivent. Le reste est accaparé par les cellules à fonction macrophagique et se comporte comme un corps introduit non dissous. Lorsqu'on injecte un corps insoluble, l'incorporation à l'organisme se fait en plus grande quantité, l'action de rafale et l'élimination du début n'ayant pas lieu. Selon M. Chevallier, les injections intra-veineuses de poudres minérales se sont toujours montrées inoffensives ; l'injection de calomel serait douée d'une activité remarquable.

— M. Chaput lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *avantages de l'anesthésie discontinue.*

L'anesthésie discontinue consiste à administrer le chloroforme jusqu'à la perte de connaissance qui va de pair avec l'apparition de l'anesthésie sensitive ; on suspend alors les inhalations et on exécute l'opération jusqu'à ce que le patient donne des signes d'agitation gênante ou de retour de la sensibilité ; on recommence alors comme au début et ainsi de suite.

L'anesthésie discontinue offre, comme avantages, d'être beaucoup mieux supportée et plus agréable pour les malades, de ne s'accompagner jamais, ni de vomissements, ni de syncopes.

— MM. Félix Ramond et A. François font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *la maladie d'Addison et le goître exophtalmique.*

Les glandes à sécrétion interne ont, les unes vis-à-vis des autres, des affinités ou des antagonismes. Entre la thyroïde et la surrénale, par exemple, il existe des rapports fonctionnels indéniables. MM. Ramond et François ont pu ainsi, plusieurs fois, constater une réaction thyroïdienne chez des sujets atteints de maladie d'Addison. Le fait d'une association favorable du goître exophtalmique à la maladie d'Addison les a amenés à tenter l'opothérapie thyroïdo-surrénale dans les cas d'addisonisme qu'il leur a été donné d'observer. Leur pratique a consisté à faire prendre à tout addisonien 0 gr. 50 de poudre de surrénale et 0 gr. 10 de poudre thyroïdienne, chaque matin au réveil et à jeun, pendant six jours ; puis, cesser dix jours la thyroïde, en continuant la surrénale, et reprendre la cure au vingtième jour.

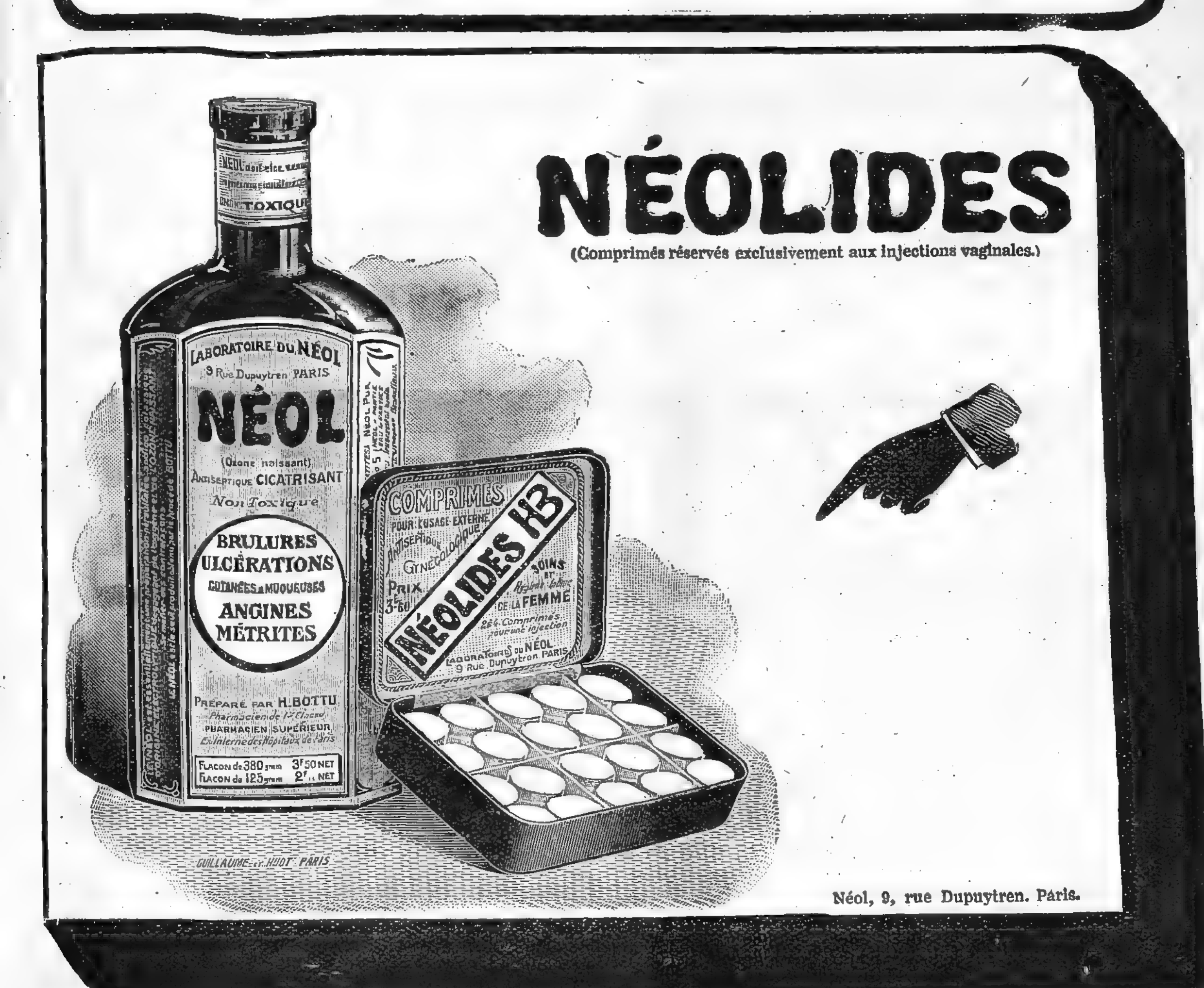
— M. Godlewski présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail intitulé : *érythème provoqué pour le diagnostic de la rougeole avant l'éruption.*

En 1915, M. d'Œlsnitz a proposé un procédé, dit procédé de la ventouse, pour provoquer une accentuation régionale de l'éruption rubéolique et en préciser les caractères. Cette méthode avait pour but de fixer le diagnostic des cas douteux. M. Godlewski a appliqué le même procédé non pas à la période d'éruption, mais à la période d'incubation, et il a constaté qu'à cette période, la ventouse provoque l'apparition non pas d'éléments éruptifs, mais d'un érythème à caractères définis.

Si l'on applique, sur la poitrine ou le dos, une ventouse laissée en place jusqu'à congestion nette (30 à 50 secondes en général), on constate, une demi-minute après ablation de la ventouse, lorsque le sujet est en incubation ou en invasion de rougeole, l'apparition d'une couronne érythémateuse qui augmente d'intensité jusqu'à 3 minutes 1/2, puis décroît lentement.

Chez les individus sains, l'application de ventouses ne provoque pas d'érythème semblable. Chez le sujet à dermographisme facile, on peut noter cependant un cercle rouge, mais à caractères différents, augmentant plus rapidement et déjà en diminution à la 3e minute.

L'application de ventouse a été faite par M. Godlewski dans 218 cas. L'érythème a été constaté 18 fois et ces 18 sujets ont eu la rougeole, de quelques heures à 4 et 5 jours après. Les autres étaient indemnes.


NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
NÉOLIDES HB
PRIX
FEMME
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren. Paris.

— MM. Ramond, Petit et Carrié signalent à la *Société médicale des hôpitaux* les *gastrites aiguës consécutives aux intoxications par les gaz.*

Parmi les accidents consécutifs aux intoxications par les gaz, il importe de faire une place à part aux accidents gastriques qui se présentent avec une symptomatologie assez constante, quel que soit le gaz inhalé.

M. Ramond distingue, dans l'évolution de ces troubles, trois périodes :

1° Une période de début, caractérisée par un état nauséeux permanent, avec vomissements et parfois hématémèses, qui dure quelques heures, un à deux jours, rarement plus ;

2° Une période de gastrite aiguë qui comporte une série de symptômes pénibles, douleur vive, après les prises alimentaires, au niveau de l'estomac, avec sensation de brûlure œsophagienne, vomissements précoces, se produisant peu de temps après l'ingestion des aliments. Ces symptômes s'amendent, peu à peu, sous l'*influence* de la diète lactée, pour faire place à une nouvelle phase. C'est :

3° La période de dyspepsie, caractérisée par de l'anorexie, des pesanteurs et du malaise gastrique après le repas.

La gastrite est liée à l'élimination par la muqueuse stomacale des gaz inhalés et à la réaction qui en résulte. D'ailleurs, des autopsies ont quelquefois permis de constater l'hypérémie de la muqueuse, en pareil cas, avec ou sans suffusions hémorrhagiques sous-muqueuses.

— M. Debré rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas *d'endocardite maligne à évolution lente.*

A propos de ce cas, M. Vaquez envisage l'ensemble des endocardites malignes secondaires. Elles constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie cardiaque. Leur symptomatologie consiste dans un état fébrile ancien, une tuméfaction de la rate et dans la coexistence d'une lésion valvulaire, chez un sujet dont les fonctions digestives sont conservées en même temps que l'état général se maintient bon. Cet ensemble doit faire admettre qu'il s'agit d'une endocardite maligne à forme prolongée.

Si l'on n'est pas prévenu, l'affection est d'ordinaire méconnue et l'on pense à une fièvre typhoïde, à une para-typhoïde, à une tuberculose à marche anormale, au paludisme, voire à la fièvre de Malte. La fièvre ne répond a aucun type déterminé.

L'endocardite maligne prolongée à une durée longue de plusieurs mois (6 à 10 mois en moyenne). Elle est extrêmement grave et ne pardonne pas, le traitement n'ayant pas de prise sur elle et la mort survenant par embolie ou anémie pernicieuse. L'infection relève, dans la majorité des cas, mais non toujours, du streptocoque.

Notes pratiques d'un médecin du front

par le médecin-major de 2e classe A. Satre, aux armées.

I. — Une réaction urinaire signe d'helminthiase.

Nous avons poursuivi, pendant la guerre, diverses recherches sur l'helminthiase des troupes en campagne.

Nous lui consacrerons ultérieurement une étude complète et détaillée.

Dès aujourd'hui, nous pouvons dire que la présence des parasites intestinaux est décelable au moyen d'une réaction spéciale, donnée dans l'urine des patients par le *nitrate acide de mercure.*

Cinq à six centimètres cubes d'urine sont additionnés de V à X gouttes de nitrate acide de mercure, puis portés à l'ébullition.

Le précipité reste blanc chez un sujet normal ; il devient *gris* ou *noirâtre* en cas d'helminthiase.

La présence du sucre, de l'albumine ou de l'indican ne gêne en aucune manière cette réaction, sur laquelle nous aurons à revenir prochainement.

II. — Quelques incompatibilités trop peu connues de l'iode.

Ayant beaucoup manipulé l'iode, j'ai été frappé de trouver, dans la plupart des formulaires, des préparations qui m'ont paru *à posteriori* fort critiquables.

Je signale, d'abord, aux praticiens que l'association de l'iode avec les liquides renfermant de grandes quantités d'*ammoniaque* donne lieu la formation d'*iodure d'azote*, à composé explosif.

Le liniment suivant, dont je viens de lire la formule dans un ouvrage très répandu, peut donner naissance à ce corps :

Teinture d'iode	10 gr.
Ammoniaque	10 gr.

Je mets également en garde contre le mélange que Burgraeve a recommandé contre le lumbago, son emploi n'étant pas sans danger :

Teinture d'iode	5 gr.
Ammoniaque...............	5 gr.
Collodion	30 gr.

On sait que plusieurs médicaments, employés couramment en thérapeutique, agissent par l'iode qu'ils renferment ; tels sont : l'*iodoforme* l'*iodol* et l'*aristol.*

Si, comme cela est prescrit par certains auteurs, on mélange de l'*iodoforme* à de la *glycérine* et à de l'*azotate d argent*, dans les proportions suivantes, de façon à obtenir un crayon antiseptique :

Iodoforme	5 gr.
Nitrate d'argent	0 gr. 20
Glycérine	Q. s.

il se produit une réaction des plus vives, avec formation d'*iodure d argent* et mise en liberté d'*acide azotique*.

A ce sujet, je citerai le cas d'un jeune collaborateur qui, après avoir cautérisé avec une solution de *nitrate d'argent*, eut l'idée de la saupoudrer ensuite avec l'iodoforme. La réaction signalée plus haut se produisit, et le malade ressentit une brûlure des plus douloureuses due à l'*acide azotique*.

On évitera donc de mélanger l'azotate d'argent à l'*iodoforme*, à l'*iodol* et à l'*aristol*.

Je fais remarquer aussi que la poudre suivante :

Iode	0 gr. 50
Oxyde jaune de Hg	0 gr. 20

peut donner lieu à une véritable explosion.

Je dirai, un jour, quelques mots au sujet de l'action de l'iode sur les *essences*.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La lipoiodine (diiodobrassidate d'éthyle) comme succédané des iodures alcalins.

par le Dr J. LABORDERIE.

Progrès médical, 9 mars 1918.

L'expérimentation de l'auteur a porté sur quatre groupes d'affections : 1° Affections cardio-vasculaires et rénales ; 2° affections respiratoires ; 3° affections relevant d'un vice de la nutrition ; 4° affections syphilitiques et parasyphilitiques.

Le médicament employé a été choisi en raison de sa stabilité, de la lenteur de son absorption et de son élimination, et surtout parce que fixant l'iode sur les tissus, il permet ainsi d'obtenir une action générale, progressive et continue, facile à entretenir par de nouvelles doses sans que l'on soit obligé de recourir aux administrations massives et répétées que nécessitent les iodures alcalins. Dans le premier groupe d'affections, comprenant plusieurs cas d'artério-sclérose avec hypertension, compliqués chez quelques malades de glycosurie, d'insuffisance aortique et probablement de syphilis, la médication a provoqué une baisse notable de la pression sanguine, une diminution sensible des douleurs précordiales et rétrosternales ainsi que de la dyspnée d'effort. On note, en outre, la disparition d'un œdème des membres inférieurs et la guérison d'ulcérations rebelles, dans un cas où la syphilis n'était sans doute pas étrangère.

Chez les malades atteints d'affections respiratoires chroniques, telles que l'asthme pur, l'emphysème, la bronchite chronique, l'asthme compliqué d'emphysème ou de bronchite, la lipoiodine a dissipé les stases, facilité la circulation pulmonaire en fluidifiant les sécrétions bronchiques et en favorisant l'expectoration. D'une façon générale, la dyspnée a été beaucoup diminuée.

Dans les maladies de la nutrition, et plus particulièrement dans l'obésité, qu'il s'agisse d'obésité juvénile simple ou d'obésité chez les sujets âgés, l'amaigrissement a été souvent considérable, sans modification sensible du régime alimentaire, et ne s'est jamais accompagné d'aucun trouble ou accident.

Enfin, dans les affections syphilitiques ou parasyphilitiques, la lipoiodine, pouvant être administrée à haute dose et sans les inconvénients inhérents aux iodures, a permis un traitement intensif sans exposer les malades aux accidents d'iodisme. Dans un des cas traités, une artérite syphilitique avec paralysie faciale, anarthrie, parésie de la jambe droite, tous les accidents ont disparu et l'amélioration s'est maintenue. Dans un autre cas, les accidents très graves et très probablement dus à une gomme cérébrale, après avoir été aggravés par les arsénio-mercuriaux (accidents oculaires), se sont amendés sous l'influence de la lipoiodine ; l'amélioration, toutefois, n'a été que passagère et la mort est survenue quelque temps après.

L'auteur conclut donc que la lipoiodine (1), beaucoup mieux tolérée que les iodures alcalins, ne s'est jamais montrée inférieure à eux comme efficacité, et que, parfois, elle lui a donné des résultats supérieurs à ceux ordinairement observés à la suite de leur administration. Ce médicament a toujours été admirablement supporté, même par des sujets ayant présenté antérieurement des accidents d'iodisme très caractérisés lors du traitement par les iodures de potassium ou de sodium.

(1) La Lipoiodine est fabriquée par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

Avis à nos abonnés.

—

Nous prions nos lecteurs qui n'ont pas encore renouvelé leur abonnement *échu*, de réserver bon accueil à la quittance qui leur sera présentée par la poste d'ici quelques jours.

Cette quittance sera majorée de 50 centimes pour frais de recouvrement.

DEMANDES ET OFFRES

—

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 29. — Grande banlieue sud, 50 km. Paris. Bonne clientèle de médecin-pharmacien à céder pour raison de santé. Moyenne des dix dernières années 15.000 fr. Usage du mobilier et ménage pendant la guerre. Conditions absolues 5.000 fr. dont 3.000 comptant. Auto 8 HP Bayard, bon état 4.000 frs.

—

N° 30. — A vendre villa, 5 pièces, jardin et dépendances, pays très sain, proximité de Nantes et de

Suite page XX

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les Mycoses

Sporotrichoses ou actinomycoses, les mycoses sont toutes dues au développement d'un champignon (de Beurmann et Gougerot) (1). Les sporotrichoses revêtent un aspect « tuberculeux, syphilitique, morveux, cancéreux, sarcomateux ». Tous les tissus peuvent être lésés : la peau, le muscle, l'os.

Gommes multiples sous-cutanées, disséminées, sans systématisation, au membre inférieur ; ou bien gommes multiples *ulcéreuses* (syphiloïdes), *fistulisées* (tuberculoïdes) ; ou bien ecthymatiformes. « *Le mélange des lésions d'aspect différent est fréquent et constitue même, un excellent signe diagnostique.* »

La sporotrichose localisée lymphangitique comprend, schématiquement :

1° Un chancre d'inoculation simulant une tuberculie verruqueuse.

2° Une traînée lymphangitique.

3° Des ganglions tuméfiés, indurés, froids.

Dermiques, épidermiques, les sporotrichoses extra-cutanées ne sont pas rares : on les rencontre sur les muqueuses, les mamelles, les os, les viscères (testicules).

DIAGNOSTIC. — Tout praticien peut, *facilement* et *rapidement*, établir le diagnostic bactériologique des sporotrichoses. Le commerce vous fournira des tubes de gélose glucosée-peptonée.

Faites couler dix à vingt gouttes de pus ; fermez au coton ; tenez votre tube dans une pièce normalement chauffée. Bientôt vous verrez apparaître des « taches blanches, auréolées, qui grossissent, puis deviennent café au lait, puis chocolat et enfin brun-noir. »

Vous n'avez eu besoin ni d'étuve, ni de microscope...

TRAITEMENT. — Gougerot donne I K à doses progressivement croissantes, mais en débutant à deux grammes. Vous arriverez rapidement à 4 gr., la dose utile. Si votre malade est tolérant, vous pousserez à 5 et 6 gr.

La formule type est la suivante :

I K..................	100 gr.
Eau distillée... q. s. p.	500 gr.

1 cuillerée à café contient ainsi 1 gr. de principe actif.

(1) GOUGEROT. — La Dermatologie en clientèle. Maloine, éditeur, 1917.

Vous fractionnerez la dose quotidienne à laquelle vous vous serez arrêté. Vous la diluerez largement dans un grand verre d'eau ou de lait. Le sirop d'écorce d'orange amère convient aussi très bien. Depuis huit ans, nous associons toujours ces doses d'I K à un sirop d'anisette à 40 %.

Ne pas admettre d'interruption à ce traitement (tolérer un jour sur sept). Poursuivre le traitement *« au moins un mois après la guérison apparente complète de toutes les lésions. »*

Localement, vous appliquerez l'emplâtre iodo-ferré. Seul, les gros abcès, les volumineuses gommes seront ponctionnés.

Sur les lésions ouvertes, un pansement humide à la solution iodo-iodurée.

Iode	10 gr.
I K	20 gr.
Eau bouillie	100 gr.

20 gouttes pour 3 cuillerées à soupe d'eau.

N. B. — Faites ce pansement humide sans imperméable.

Traitement chirurgical. — Celui-ci ne doit être tenté qu'après échec du traitement médical. Protéger de façon absolue, les tissus sains, faute de quoi la récidive est fatale.

Hâtez-vous de dépister les mycoses bucco-pharyngées « qui sont très graves » : les gargarismes ou collutoires iodo-iodurés trouvent ici leur application.

Si la lésion est développée, vous alternerez les injections locales de :

1°

Iode	0,10 centigr.
Teinture d'opium	0,60 centigr.
I K	1 gr.
Eau distillée	10 gr.

2° Avec :

Acide arsénieux	āā 0,10 centigr.
Carbonate de potasse pur	
Eau distillée	100 gr.

Un traitement aussi intense ne va pas sans quelque intolérance. Gougerot préconise l'I K enrobé, ou bien en lavement laudanisé.

Injections intra-veineuses d'I K. — Clément Simon (1) à la Société médicale des hôpitaux, présente les résultats obtenus chez 6 malades, par injections intra-veineuses de 0,25 centigr. à 0,90 centigr. (0,25 centigr. par cc. d'eau).

(1) *Le Monde Médical*, n° 540, p. 88.

Certes, il n'y a plus d'intolérance gastrique, mais n'y a-t-il plus d'iodisme? En outre, le malade acceptera-t-il *quotidiennement*, une injection intra-veineuse? ? Tous les médecins ne sont pas encore familiarisés avec cette méthode. S'il faut agir vite, l'absorption endovasculaire pourra devenir la méthode de choix. On pourra également l'associer avec la méthode ordinaire.

Physiothérapie. — Agents artificiels : air chaud et ionisation iodurée (Deherm et Laquerrière).

Agents naturels : Les eaux *arsenicales* (La Bourboule), *ferrugineuses* (Forges-les-Eaux, Rennes-les-Bains, etc.)

Dr R. Molinéry (de Barèges.)

CORRESPONDANCE

Les études médicales des étudiants mobilisés

Veuillez me permettre de venir aujourd'hui plaider la cause d'une catégorie de gens intéressants à tous points de vue ; ils ne sont pas nombreux actuellement, donc raison essentielle pour qu'on les néglige un peu moins : il s'agit des étudiants en médecine possesseurs de 12 inscriptions à la mobilisation et se trouvant dans une arme combattante depuis le début de la guerre. Inutile de vous dire que j'en suis. Après une période de trente-quatre mois consécutifs dans un bataillon, je fus muté un beau jour, pour passer dans un groupe d'artillerie de campagne, en vertu de la fameuse circulaire ordonnant le roulement des médecins des diverses armes (artillerie, génie,..). Je profite d'ailleurs de la circonstance pour essayer d'en faire comprendre la profonde ironie, le sort du médecin de groupe ne valant pas mieux que celui du bataillon, mais voici où je voudrais qu'on en vienne.

Plusieurs de mes camarades vont avoir, comme moi, prochainement leur deuxième galon ; or, ce n'est une révélation pour personne que d'affirmer que nos connaissances de médecine sont dans un état demi-vaporeux après les trois ans et demi passés en dehors de tout centre d'instruction. Si, dans la pratique courante, *elles suffisent*, il est des moments ou l'on voudrait bien regrouper tous ces éléments épars. Et alors, puisqu'on a créé dans chaque armée un Centre d'instruction, pourquoi ne pas y envoyer d'office et sans qu'on fasse intervenir la grande phrase : Nécessités militaires, les aides-majors, étudiants en médecine ayant la plus grande ancienneté de front ?

X...

Réponse.

Nous sommes entièrement d'accord avec vous et nous avons demandé et proposé même une organisation de reprise des études pour les étudiants mobilisés.

Il existe d'ailleurs déjà des centres d'instruction, mais ils ne répondent pas selon nous, au but poursuivi. Il y a mieux à faire : on y songe en haut lieu, croyons-nous.

Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière, ne sera-ce jamais qu'une vaine formule ?

I

Permettez à un abonné du *Concours* de vous communiquer les réflexions que lui a suggérées la lecture de vos derniers numéros. Il s'agit encore et toujours de cette fameuse loi Mourier « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière », si peu ou si mal appliquée. Puisqu'aujourd'hui, nous avons l'avantage d'avoir le Docteur Mourier comme Sous-Secrétaire au Service de Santé, pourquoi ne pousserait-il pas la curiosité jusqu'à faire établir, par chaque directeur du S. S. de C. A. par exemple, un contrôle nominatif du personnel avec : grade, fonctions remplies, âge et charges de famille ?

Il se rendrait compte ainsi, très facilement, des erreurs d'affectation, véritables scandales parfois, qui foisonnent dans chaque C. A. Il verrait que nombre d'étudiants ou de jeunes médecins n'ont jamais passé, ou si peu, dans les corps de troupe ; que le roulement de prédilection établi par certains directeurs consiste seulement à muter des médecins de bataillon dans des groupes d'artillerie, ou vice-versa (situations à peu près identiques, surtout pour l'artillerie de campagne depuis la suppression du second médecin de groupe), respectant ainsi scrupuleusement le « *noli me tangere* » des médecins de formations sanitaires. Ne serait-il pas juste qu'après 12 ou 18 mois de régiment, les médecins en soient relevés automatiquement pour un stage dans une ambulance ou un hôpital de l'avant ? Ils pourraient à leur tour y faire œuvre professionnelle et se « dérouiller », pardonnez-moi l'expression, après les longs mois passés à surveiller l'entretien des feuillées et la bonne tenue d'un poste de secours.

C.

II

En ma qualité de vieil abonné du *Concours Médical*, je viens vous soumettre quelques réflexions, pendant que la neige tombe lentement sur nos cagnas et que la voix puissante des canons retentit. — Je vais entrer dans ma 40e an-

née et après 36 mois de front effectif (ambulance du front, infanterie, artillerie) ; plus huit mois dans un hôpital de la zone des armées, je me trouve encore dans une unité combattante. Or, dans mes nombreuses périgrinations, j'ai de mes yeux vu et vois encore actuellement des jeunes confrères pleins de santé et d'entrain affectés à des ambulances, H. O. E., G. B. D. ou même à l'A. L. G. P. (artillerie lourde pour gens pistonnés !).

Ne pourra t-on jamais arriver à employer les jeunes à l'avant et les vieux à l'arrière ? De plus, dans les groupes d'artillerie, on a supprimé les médecins dans la proportion de 50 °/o des effectifs, si bien que le médecin chef de service d'un groupe qui avait sous ses ordres un médecin auxiliaire est actuellement seul et fait le même travail que son ex-médecin auxiliaire ; il assure le service du poste de secours situé près des positions des batteries. Or, le médecin qu'on avait placé là, à cause de son âge et de son ancienneté dans le grade, se trouve aujourd'hui remplir les fonctions plus modestes de son ex-médecin auxiliaire. Quant à l'avancement, nous savons tous qu'il faut être dans la zone de l'intérieur pour l'obtenir.

Je conclus que les médecins âgés de 38 à 40 ans et plus, qui ont de trente à trente-six mois de présence dans la zone de l'avant, devraient être de droit affectés à des formations de la zone des étapes, où le confort est plus appréciable et les risques beaucoup moindres.

Dr H.

III

Je suis avec intérêt la campagne que vous menez au sujet de l'affectation aux armées des médecins de complément. Je viens aujourd'hui vous signaler mon cas qui vous indiquera combien peu on tient compte du principe énoncé par M. Mourier lui-même : « Les jeunes à l'avant les vieux à l'arrière ». Je suis né en janvier 1875, j'ai par conséquent 43 ans révolus, j'ai un enfant et appartiens de ce fait à la classe 94. Depuis janvier 16, je suis aux armées dans une ambulance divisionnaire, tantôt bien, tantôt mal, bombardée et incendiée comme le 1er mars. Bref je m'accommodais à cette vie à tel point qu'il y a huit jours, je ne me suis pas fait inscrire sur un état devant mentionner les médecins âgés des formations de l'avant souhaitant être affectés à des ambulances d'armée. Par contre, je comptais bien être définitivement affecté ici en attendant la relève de ma classe. Ce matin, je reçois un ordre de mutation m'affectant à un bataillon d'infanterie de réserve, mais encadré de 2 régiments d'active avec lesquels il fait division. Je dois ajouter que cette mesure n'a rien qui ressemble à une sanction disciplinaire, puisque je suis parfaitement noté

et proposé pour la croix de guerre. Il me reste à supposer que le Service de Santé prend plaisir à ridiculiser le grand maître, celui qui devrait tout commander et qui ne commande rien.

Je dois ajouter que je suis le médecin aide-major le plus âgé de la division et, je crois même, du corps d'armée. Autour de moi et loin en arrière évoluent des confrères de 25 à 35 ans. Que faire ? Dr L.

IV

Pensez-vous que les vieux médecins, dernière classe de l'A. T. resteront encore bien longtemps dans des régiments d'active ? et que les jeunes n'ayant pas encore fini leurs études occuperont toujours des postes de tout repos, à l'arrière, parcs d'artillerie, P. A. D. ou autres emplois similaires ? Il semble que pour les médecins, la loi Mourier ait été appliquée à l'envers. Qu'en dites-vous ? Compétences ? nécessités militaires, a dit J. Godart. Mais lesquelles ? ?

Il serait plus juste de dire.... quoi ? Mais à qui le dire ? Et ce sera ainsi *usque ad finem.* Hélas ! ! Dr M.

V

Nous aurons été nombreux à applaudir l'arrivée au Sous-Secrétariat du Service de Santé d'un médecin : c'est bien là en effet l'utilisation des compétences. Mais nous n'aurons pas été les seuls à saluer avec plaisir l'entrée au ministère de celui dont le programme était : « *les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière.* »

Ni M. Clémenceau n'était président du Conseil, ni M. Mourier sous-secrétaire, lorsque dans le *J. O*, du 26 octobre 1917 (question n° 17677) le Président du Conseil d'alors répondait à une question de M. Dejeante : « Le général commandant en chef répartit les médecins entre les corps de troupe et les différentes formations sanitaires de l'avant et de l'arrière en « *tenant compte de l'âge* et des aptitudes de ces « officiers. »

Sans tenir compte serait plus exact, car dans mon régiment d'active, par exemple, nous sommes trois médecins aide-majors, tous trois territoriaux. Je ne me plains pas d'être au front puisque j'ai demandé à y aller malgré mon état de santé qui me valait d'être proposé pour l'auxiliaire, et que deux mois après mon arrivée, je décrochais la croix de guerre. Mais il est écœurant pour des praticiens ayant charge de famille, comme nous, de constater lorsqu'en relève, il nous arrive de traverser des villages, que des régiments de territoriaux sont confiés à des aides-majors à 12 inscriptions.

Tous les médecins aptes doivent faire un séjour au front, mais chacun à sa place : les jeu-

nes dans des régiments d'active, les plus âgés (territoriaux) dans des régiments territoriaux. Nous comptons que le nouveau Sous-Secrétaire d'Etat tiendra comme ministre sa parole de député.

Dr G.

Réponse.

Nous recommandons très respectueusement ces 5 lettres à la bienveillante attention de M. le Sous-Secrétaire d'Etat, Dr *Mourier*. Nous osons compter sur son impartialité, sur son équité et sur son énergie pour que son heureuse formule ne demeure pas plus longtemps lettre morte.

Les toubibs « bouche-trous » !

Plus la guerre s'éternise, plus je suis heureux de parcourir votre journal, et je vous adresse mes plus humbles félicitations pour la campagne que vous continuez à mener en faveur du Service de Santé. Puisque vous acceptez dans vos colonnes toutes les réclamations et revendications des pauvres bougres de l'extrême front, je me permets d'appeler votre attention sur le rôle des « Toubibs intérimaires », autrement dit des « médecins bouche-trous ». Vous allez vous demander ce que peuvent bien faire ces individus-là. Monsieur le Sous-Secrétaire (de la Santé) lui-même, ignore leur existence. Aussi, je vous serais bien obligé de le renseigner.

Quoiqu'il ne faille jamais parler de sa propre personne, je vais vous raconter ma petite histoire, qui peut s'appliquer à bien d'autres collègues. Ainsi, vous serez renseigné sur la situation aussi bizarre qu'étrange des « toubibs bouche-trous ».

Je suis territorial depuis l'an dernier ; j'ai fait un an de service militaire, plus deux périodes. Parti dès le 1er jour de la mobilisation, je n'ai vécu durant la guerre que dans des régiments : deux ans dans *l'artillerie* sur le front français et 1 an environ à *Salonique* (*infanterie*).

Après ma relève de 3 mois et 6 jours, j'ai eu la veine d'échouer dans une ambulance divisionnaire en janvier *dernier*.

Vous parlez si j'étais enchanté d'une affectation pareille, n'ayant jamais goûté les charmes d'une formation sanitaire... Agé de 35 ans et impaludé, je me croyais inamovible pour une assez longue période. Hélas ! j'avais compté sans ce sacré rôle de médecin bouche-trou : j'ai été expédié tout d'abord dans l'artillerie pour aller remplacer un toubib, envoyé en permission. Mon intérim achevé, je retournais dans mon ambulance. Mais quelques jours après, j'étais expédié dans un régiment d'infanterie pour assurer le service d'un médecin évacué. Ce dernier n'a pas tardé à venir reprendre sa place. Quant à moi, au lieu de reprendre la mienne, j'ai été affecté à

un bataillon du même régiment d'infanterie. Cette désignation me chiffonne un tout petit peu, non pas parce que le métier de « toubib-fantassin » me paraît désagréable et dangereux (je crois être sans peur et sans reproche), mais parce que je suis chargé d'occuper la place d'un jeune blanc-bec de 23 ans environ. Cet étudiant-carabin est allé, comme tant d'autres, passer quelques mois dans un centre universitaire pour subir un examen. Voilà tout un tas de jeunes gers, de 20 à 25 ans, dont quelques-uns sont mobilisés, avec leur classe, depuis 1 ou 2 années à peine, qui vont pouvoir par période régulière, s'éclipser durant de longues semaines sinon durant plusieurs semestres (quand on réussit à quitter le front, ou n'y revient pas tout de suite)... En effet, dans le régiment où je me trouve, il y a ainsi 3 à 4 étudiants à 2, 4 ou 8 inscriptions, qui attendent leur tour de départ pour « Examénite suraiguë ». A nous, les vieux praticiens et guerriers de 3 ans 1/2, de prendre la place de ces carabins *en herbe*..... Nous avons laissé clientèle, femme et enfants... Pourquoi ne nous serait-il pas permis, comme à tous ces jeunes, qui viennent à peine de « têter » leur mère, d'aller nous retremper quelques mois soit dans nos clientèles déshéritées, soit dans *quelques centres hospitaliers* (Paris, Bordeaux, Toulouse, etc.) ? ?

Non vraiment, on a beau être bon soldat et bon français, on finit par être pris du plus profond dégoût.

Combien d'autres confrères, encore plus âgés que moi, et qui ont fait longtemps du régiment, remplissent le rôle ingrat de « *Toubib-Bouche-Trou* » pour permettre à nos futurs collègues, dont le nombre ne diminuera pas certainement, malgré le chiffre élevé des braves praticiens, morts pour la France, d'aller déambuler dans les rues des grandes villes de province.

Veuillez avoir l'extrême obligeance de signaler à Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat, Docteur en médecine, qu'après 3 ans 1/2 de guerre, il ne faudrait pas que ça fût toujours le tour des mêmes de faire les... Poires, et que les jeunes étudiants carabins, mobilisés depuis quelques mois à peine, devraient goûter un peu plus longtemps de la vie de guerre avant d'être autorisés à aller se reposer à l'intérieur... Il est tout à fait juste qu'un étudiant à 12 et 16 inscriptions obtienne son diplôme au plus vite. Mais les P. C. N., 1re et 2e année de médecine, n'ont qu'à rester à leur poste, comme les camarades et frères d'armes fantassins et artilleurs de leur classe.

Dr D.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Une interview du Dr Doizy, député, président de la Commission de l'Hygiène publique sur la Réorganisation du Service de Santé.

La réorganisation, — peut-être serait-il plus juste de dire l'*Organisation*, — du Service de Santé est une question des plus complexes. Elle doit porter à la fois sur le statut du personnel, sur le matériel, et sur le fonctionnement de cet important rouage de l'armée.

Nous n'avons jamais eu l'intention ni la prétention d'en aborder la discussion à ce triple point de vue.

Emus par les récits, par les plaintes, par les réclamations de la plupart de nos confrères mobilisés, frappés d'autre part par ce qu'il y a d'anormal, et même d'incohérent, dans l'assimilation étroite des médecins militaires aux officiers des armes combattantes, nous nous sommes bornés jusqu'ici à amorcer l'étude d'un statut nouveau et meilleur à appliquer au personnel sanitaire en général, et aux médecins en particulier.

Pour mener à bien cette étude, et faisant abstraction de notre opinion personnelle, nous nous sommes résolus à demander à nos confrères mobilisés, les premiers intéressés dans la question, de nous faire connaître leur avis, en répondant au questionnaire inséré dans notre numéro du 15 mars dernier, par voie de *referendum*.

En même temps, nous avons été frapper à la porte d'une haute personnalité médicale du Parlement, notre confrère, le Dr Doizy, député des Ardennes, dont la sollicitude envers le corps médical dans son ensemble, et envers les praticiens militarisés, ne s'est pas un seul jour démentie, et qui, dernièrement encore, à propos de la loi sur les pensions, prenait courageusement la défense de nos intérêts.

Nous avons donc demandé à M. le Dr Doizy son sentiment sur notre referendum et sur son objet.

Il nous a reçus très confraternellement et s'est prêté de la meilleure grâce du monde à l'interview que nous sollicitions de lui.

— Que pensez-vous, avons-nous demandé à l'honorable député, du statut qui régit actuellement les médecins militaires ?

Que pensez-vous notamment de l'assimilation de leur hiérarchie à la hiérarchie des officiers des armes combattantes ?

— Laissez-moi vous féliciter tout d'abord et, avec vous, le *Concours médical*, et de vos articles parus sur la question, et du referendum que vous instituez.

Je regrette qu'il vienne un peu tard peut-être, ce referendum. Je crains que la Chambre ne se prononce avant que nos confrères vous aient répondu en nombre suffisant. Aussi, qu'ils ne perdent pas de temps ; qu'ils vous renvoient rapidement leur avis, je vous le souhaite de tout cœur.

La Chambre est mal informée : les intéressés, nous verrons tout à l'heure lesquels, lui font persuader par d'adroits émissaires, que cette assimilation est réclamée par tout le corps médical... et ils sont habiles, insinuants, ils encerclent les rapporteurs... qui ne peuvent consulter les « vrais intéressés ». Ceux-ci ne sont pas embusqués, ils ne fréquentent pas les couloirs parlementaires, ils sont au front pour la plupart.

Le cadre actif poursuit sa campagne. Il avait obtenu un jour les appellations purement militaires : « capitaine, colonel... » ; il s'en enorgueillissait et je me rappelle encore, non sans sourire, la mine satisfaite de certain médecin inspecteur que, n'ayant pas encore l'habitude, je venais de saluer de son ancien titre, et auquel un nouvel arrivant donnait du « général » à tour de bras, à chaque demi-phrase. L'Etat-major intervint. Brutalement, on enleva aux médecins ces nouvelles appellations ; on le fit de telle façon que cette mesure eut l'apparence d'une brimade, et, avec certains de mes collègues du Parlement, je protestai. C'est vous dire que je ne puis être suspect d'animosité, — le mot est peut-être encore trop gros — contre mes anciens camarades de l'armée. Mais j'ai toujours pensé qu'on avait eu un premier tort, celui de vouloir affubler nos confrères de ces appellations ; et c'est pourquoi je déplore que le cadre actif profite du projet de loi déposé par le gouvernement le 31 mars 1917 sur la réforme de l'administration de l'armée, autrement dit du projet sur l'autonomie du Service de Santé, pour raccrocher cette question.

C'est mesquin et misérable. Comment, le Service de Santé se révèle quelque peu (!!) inférieur à sa tâche lors de l'*offensive* d'avril 1917, ...après près de trois ans de guerre ! Par la force même des choses (durée et expérience de la guerre) il se transforme, s'améliore... mais pas assez

pour être à la hauteur des circonstances. Il faut sauver les apparences, tout au moins parlementairement. On trouve un bouc émissaire, l'Etat-major. Je ne suis pas son ami, certes. Je ne le défends pas *au Comité secret*, mais j'y démontre, texte des réglements du Service de Santé en mains, que si celui ci avait été bien commandé, bien soutenu par qui de droit auprès des Etats-Majors, il aurait pu *remplir son rôle*. Les règlements lui donnaient des droits qu'il n'a pas su exercer ; c'est la faute de l'E. M., clame-t-on de tous côtés (je me hâte de dire que tous les médecins, même de C. A. ne sont pas de cet avis). La preuve... c'est que nous déposons un projet.

Insidieusement, on y introduit la question des appellations. Nos blessés ont été oubliés, pansés, opérés trop tard à Preuilly et ailleurs. Ne vous inquiétez pas, bonnes gens, cela n'arrivera plus. M. le médecin-major s'appellera désormais commandant...

— Les appellations actuellement usitées, — médecin-major, médecin princidal, médecin ecinspteur — vous satisfont-elles ?

— Oui, faute de mieux... et en attendant que les médecins militaires, c'est-à-dire les médecins de complément mobilisés, qui forment, ne l'oubliez pas, les 9/10 du corps de santé actuel — et non le quarteron de grosses légumes qui parlent au nom de l'autre dixième et souvent à tort, je le sais, car j'ai les confidences de mes anciens camarades — en attendant, dis je, que les médecins réclament les appellations de « docteur » et de leurs inférieurs et des officiers des autres armes, supérieurs, égaux ou inférieurs.

Entre eux : confrère, et de l'inférieur au supérieur « honoré confrère », si on veut marquer la hiérarchie militaire.

— Et alors, que dites-vous de certain projet qui reprendrait une disposition prise naguère par un Ministre de la guerre et qui, telle la rose de Malherbe, ne dura que l'espace de quelques matins ? Nous voulons parler de l'identité d'appellation entre officiers combattants et médecins, selon laquelle le médecin à 3 galons serait appelé *Mon Capitaine*, le médecin à 5 galons, *Mon Colonel*, etc.

Je vous ai, sur ce point jugé, le projet. Je suis révolté que certains médecins ne mettent pas au-dessus de tout leur caractère médical. Qu'on exige pour eux les mêmes galons que pour les autres officiers, puisque — à tort peut être — on a adopté la même tenue, qu'on exige les mêmes droits, qu'ils ne passent jamais après un combattant parce qu'assimilés, qu'à table le médecin soit le président de table s'il est le plus ancien en grade, etc., etc. Oui, oui, j'en suis. Mais, de grâce, qu'aux yeux de tous, le médecin affiche sa qualité de médecin, qu'il en soit fier, qu'elle éclate de toutes façons ; elle seule peut lui donner une indépendance compatible avec l'organisation militaire.

— Vous avez donc une opinion personnelle sur toutes ces questions. Serait-il indiscret de vous prier de nous la communiquer ?

— Vous la connaissez maintenant. Je suis si bien de votre avis que j'ai, le 28 juillet 1917, deposé un amendement à ce fameux projet. Je suis révolté de la mauvaise foi avec laquelle on insinue que nous voulons *dégrader* le médecin. Aucune accusation n'est plus ridicule. J'ai essayé de le démontrer, paradoxalement peut-être, par un amendement.

Je demande que les médecins conservent leurs appellations antérieures. Leurs subordonnés, pharmaciens, officiers d'administration, s'appelleraient lieutenants, capitaines, etc. Cela m'est égal. Je leur attribue ces titres, à eux que j'appelle sans aucune mauvaise pensée, les « subordonnés ».

Mais à leurs médecins-chefs, je veux conserver tout ce qui rappelle leur caractère professionnel, je veux que leur titre scientifique ne soit jamais oublié par les combattants, et je voudrais qu'en toutes circonstances, le malheureux poilu qui souffre sache qu'auprès de cet officier, il peut causer en toute liberté, se plaindre de ses misères, avoir confiance, se souvenir au besoin qu'il est soldat comme lui, mais ne jamais oublier qu'il est son bon médecin, celui qu'hier encore, dans la vie civile, il saluait si familièrement de ce beau titre de « *docteur* ». Il le retrouve habillé comme lui d'horizon, mais il veut le reconnaître quand même, il sait que le docteur est devenu un médecin-major, soit... un capitaine ? jamais... laissez le rire.

J'ai fini, mon cher confrère, je vous ai parlé en mon nom personnel et non comme président de la commission de l'hygiène publique : elle n'est pas saisie de la question. C'est la commission de l'armée qui examine le projet. Lors de la discussion, j'interviendrai à la tribune, n'ayez crainte. J'aurai conscience de « remplir un devoir ».

Et maintenant, attendons les réponses. Nous n'aurons pas, malheureusement, les 17307 du complément, pas plus que les 1258 de l'active, mais je voudrais bien cependant que votre dépouillement fût réellement « indicateur ».

Nous avons pris congé de notre distingué confrère, non sans l'avoir remercié très chaleureusement d'avoir bien voulu réserver à notre journal la primeur de ses opinions sur un sujet passionnant, où elles nous font l'honneur, dans leur ensemble, de concorder avec les nôtres.

Confrères mobilisés, à vous maintenant de répondre à l'appel du Dr Doizy, par la voie de notre referendum du 15 mars.

Correspondance.

Nous avons renouvelé, auprès de notre nouveau sous-secrétaire d'Etat, une démarche dont la lettre ci-dessous — transmise par le Dr Doizy — donnera à nos lecteurs le caractère :

Paris, le 21 février 1918.

Monsieur le Ministre
et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de renouveler auprès de vous une démarche que nous nous sommes déjà permis de faire auprès de votre honorable prédécesseur.

Comptant au nombre de nos adhérents près de 7000 médecins francais, parmi lesquels figure une proportion élevée de médecins mobilisés, nous vous serions particulièrement obligés de vouloir bien, avec la connaissance que vous avez des véritables intérêts des médecins, examiner les deux questions suivantes :

De chiffres produits récemment à la Chambre par MM. Godart et Merlin, il résulterait qu'il y a actuellement 18.565 médecins mobilisés, contre 2.244 médecins civils.

Il ne peut manquer de vous apparaître que le nombre des médecins civils est notoirement insuffisant pour les besoins des populations, à telles enseignes que l'autorité militaire s'est vue dans l'obligation d'affecter des médecins militaires au service de celles-ci. Ce système comporte un grand nombre d'inconvénients. Nous vous demandons respectueusement d'étudier s'il ne serait pas possible de remédier à ces inconvénients *en mettant en congé sans solde tous les médecins R. A. T. qui en feraient la demande.* Ce serait l'extension à toutes les classes de l'armée territoriale de la mesure prise en faveur seulement des classes 1888 et plus anciennes.

En second lieu, nous osons appeler votre attention sur les aides-majors de 1re classe anciens de grade, qui attendent désespérément leur accession au grade supérieur. Des promotions nombreuses ont été faites trimestriellement depuis plus d'un an. Néanmoins, nous connaissons d'excellents confrères, ayant tous les titres voulus pour avancer, qui piétinent indéfiniment dans leur grade de médecin aide-major de 1re classe, assistant, désolés, à des avancements dont le moins qu'on puisse dire, c'est qu'ils furent prodigieux.

Nous ne saurions prétendre que tous doivent être promus. Mais nous pensons que vous accompliriez un acte de haute justice confraternelle, si vous acceptiez de provoquer, en ce qui les concerne, un travail spécial d'avancement qui devrait parvenir jusqu'à votre Cabinet, où, en toute impartialité, mais aussi, en toute équité, les dossiers de tous les candidats seraient examinés.

De cette façon, les méritants — ils sont légion — auraient quelque chance de voir leurs titres passés au crible d'une critique bienveillante, et peut-être, leur nom figurer dans une des plus prochaines promotions.

Dans cet espoir, nous vous prions, Monsieur le Ministre et très honoré Confrère, de daigner agréer l'hommage de nos sentiments de respectueuse confraternité.

Le directeur,
A. Gassot.

***

M. le docteur Doizy a bien voulu nous transmettre la teneur de la réponse que nous a faite M. le Dr Mourier.

Paris, le 13 mars 1918.

Monsieur le député et cher collègue,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur une requête présentée par le directeur du *Concours Médical*, organe de 7.000 docteurs français, en vue d'obtenir la mise en congé sans solde de tous les militaires R. A. T. qui en feraient la demande, et des facilités d'accession au grade supérieur pour les médecins aides-majors de 1re classe, anciens de grade.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai fait procéder à l'examen de ces deux questions avec le plus grand soin.

En ce qui concerne le premier point, il ne peut être envisagé à l'heure actuelle d'étendre à toutes les classes de la réserve de la territoriale la mesure prise en faveur des médecins des classes 1888 et plus anciennes. Ce serait en effet démobiliser d'un coup huit classes de médecins, et jeter par suite le plus grand trouble dans le fonctionnement du Service de Santé militaire, dans le moment même où les cir-

constances commandent plus que jamais d'être prêt à toutes les éventualités.

Toutes les mesures d'ailleurs sont prises pour que le service médical des populations civiles soit assuré, quand l'autorité préfectorale le demande, soit avec les ressources de la direction du Service de Santé de la région intéressée, soit, s'il est nécessaire, avec celle dont dispose l'Administration centrale.

En ce qui concerne les facilités d'avancement à accorder aux médecins aides-majors de 1re classe, anciens de grade, des instructions ont été données pour qu'il soit tenu le plus grand compte, dans les prochaines promotions, de l'âge et de l'ancienneté de services des officiers du corps de Santé.

Je vous prie d'assurer nos confrères du *Concours Médical* de tout mon intérêt, et d'agréer, Monsieur le député et cher collègue, l'assurance de ma haute considération.

Signé : Louis MOURIER.

***

Cette réponse est loin de nous satisfaire. Et il y aurait matière à argumenter à son propos. N'insistons pas cependant et laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier.

N. D. L. D.

Les tuberculeux à l'armée

La lecture du judicieux article « Les tuberculeux à l'armée », que vous avez reproduit dans le numéro du 15 février du *Concours Médical*, m'a donné, vous n'en doutez pas, une réelle satisfaction : cet article, bien pensé, soutient et propage des idées qui, depuis longtemps, sont miennes et qui, peu à peu, font leur chemin. Puissent-elles être partagées, avant qu'il ne soit longtemps — et aussi trop tard — par les médecins (trop nombreux encore, hélas !) qui, au point de vue tuberculose pulmonaire, en particulier, « croient savoir et qui ignorent ; qui « sont d'autant plus « *suffisants* » dans la bonne « opinion qu'ils ont d'eux-mêmes et dans le « jugement péjoratif qu'ils portent sur les au- « tres qu'ils sont plus « *insuffisants* » dans leurs « connaissances cliniques. »

L'intérêt que vous voulez bien continuer à accorder à la question de la tuberculose dans l'armée, pendant la guerre — je crois bien qu'il n'y en a pas, à la fois, de plus intéressante ni de plus angoissante, pour l'avenir, même immédiat, de notre pays — m'engage à vous demander, une fois de plus, la bonne hospitalité du *Concours Médical* pour la navrante observation que voici :

M. H. C..., âgé de 32 ans, a joui d'une bonne santé, jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment, il eut « une grippe », qui l'arrêta pendant deux mois et amena son médecin à lui conseiller d'interrompre ses études pendant au moins une année, au bout de laquelle il prit un commerce — assez fatigant — de marchand de bois.

Il s'est toujours connu, depuis lors, toussant un peu et « prenant des rhumes » avec une déplorable facilité.

Arrivé à l'âge du service militaire, il est pris bon pour le service armé et est incorporé au 5e dragons.

Au bout de onze mois de service, pleurésie droite, ponctionnée deux fois à l'hôpital militaire et qui, finalement, amène sa mise en réforme n° 2.

Après une convalescence de trois mois, il se sent suffisamment bien pour reprendre ses occupations, auxquelles il satisfait pendant cinq ans, sans alerte importante de santé.

En janvier 1914, seconde pleurésie, qui évolue sans ponction et qui est suivie d'une convalescence de trois mois, au bout desquels il reprend ses occupations ; mais il lui en reste une certaine fatigue, qu'il n'avait jamais ressentie auparavant.

En décembre 1914, passe devant un conseil de révision (décret du 9 septembre 1914) ; est maintenu réformé.

Il continue à travailler, en jouissant d'une santé, sinon complètement satisfaisante, du moins suffisante, grace aux soins et précautions dont il s'entoure ; mais il tousse et expectore toujours un peu, surtout le matin, au réveil.

Se marie en août 1916.

En avril 1917, il passe une nouvelle visite devant une commission de réforme (loi du 20 février 1917) et est récupéré dans le service auxiliaire.

Incorporé à M... le 10 mai 1917, dans un magasin pour le ravitaillement, se sent rapidement très fatigué et se fait passer, successivement, trois fois à la visite, où il n'est jamais reconnu tuberculeux.

Au bout de cinq semaines de service militaire, il demande un examen radioscopique qui lui est accordé et à la suite duquel on le place en observation dans une salle de tuberculeux d'O.

Il n'y demeure que huit jours, au bout desquels il est, à nouveau, réformé n° 2.

Rendu à la vie civile le 22 juin 1917, il se sent de plus en plus fatigué, dans l'impossibilité de satisfaire à ses occupations. Il obéit finalement aux conseils de son médecin, qui l'envoie se soigner à Cambo, où il arrive, au début de février 1918, avec une tuberculose pulmonaire nettement ouverte, un foyer de ramollissement sous chacune des deux clavicules, très éprouvé, passablement amaigri et déclarant nettement

EAU de RÉGIME des

ARTHRITIQUES

VICHY CÉLESTINS

VICHY ETAT

DISSOUT ET ÉLIMINE **l'ACIDE URIQUE**

Bien spécifier la Source



CAPSULES GLUTINISÉES

A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF

4 A 6 CAPSULES PAR JOUR — PRIX : 4 FR. 50

CAMUS

MALADIES DU FOIE

ENTÉRO-COLITE

CONSTIPATION

CHOLÉINE CAMUS
13, rue Pavée, PARIS-IVe

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE A MM. DOCTEURS

Demandes et Offres (*Suite*)

station de chemin de fer. Chasse et pêche. Prix à débattre.

N° 31. — A céder très bonne clientèle dans chef-lieu de canton, titulaire mort au champ d'honneur.

N° 32. — Chez docteur, campagne, Bourgogne, bonne pension tranquille pour adultes et enfants.

N° 33. — Auto de Dion, type K, mono 8 HP, conduite intérieure 2 places, magnéto Jarnac, parfait état, 3.200 frs. Dr oculiste, 21, quai National, Puteaux.

N° 34. — A vendre mobilier, salon Louis XV, glace, carpette, tentures, tableaux. M. Didier, 21, rue d'Arcole, Paris.

N° 35. — *Excel. clientèle* à céder, raison de santé, dans préfecture, région Lyon. Très bonnes conditions.

Petite correspondance

Dr A... *Demande*. — Je vous serai tout obligé de me donner par lettre les renseignements suivants :

Ai-je le droit de demander un sursis limité ou illimité pour aller faire la médecine dans mon canton où je professais avant la guerre, canton dépourvu de médecins ?

Si j'ai le droit de formuler une demande, quelles sont les démarches à faire ?

Je suis de la clase 1902 et compris dans celle de 1901 comme père d'un enfant. J'ai 25 mois de captivité et, depuis mon rapatriement, j'ai été constamment reconnu *inapte à faire campagne*.

Dans l'attente d'une réponse, agréez, Monsieur, mes salutations distinguées.

Réponse. — Vous êtes trop jeune pour pouvoir bénéficier des dispositions qui permettent aux médecins R. A. T. des classes 1888 et plus anciennes à être mis en congé sans solde. (Les officiers ne sont jamais mis en sursis).

Si vous êtes inapte définitif, il faut le faire constater par votre médecin, chef de secteur, à demander votre mise hors cadres pour raison de santé.

Suite page XXII.

que les quelques semaines qu'il a passées sous l'uniforme, à la suite de sa récupération, lui ont fait beaucoup de mal et ont considérablement aggravé son état de santé.

Cette observation ne serait pas complète si je n'ajoutais que, depuis trois années, M. H. C... est affligé d'une surdité bilatérale qui, chaque année, s'accuse davantage et est devenue considérable, depuis cinq ans. L'examen des oreilles et des voies respiratoires supérieures donne :

Sclérose tympano-labyrinthique, prédominante à droite.

Myxome et synéchies de la fosse nasale droite.

Epaisissement de la région interaryténoïdienne.

Comment s'étonner, après de pareils faits qui sont — toujours, et de plus en plus — légion dans l'armée, que l'on puisse lire, dans le *Journal Officiel* du 15 décembre 1917, reproduisant, *in entenso*, la discussion, au Sénat, de l'interpellation de M. Louis Martin sur « l'organisation de la lutte contre la tuberculose, dans l'armée », les lignes que voici :

« M. Jénouvrier. — ... La cause principale de « la tuberculose dans l'armée, je l'attribue à la « facilité excessive avec laquelle on a pris des « gens qu'on n'aurait pas dû prendre.

« M. Pédebidou. — Les récupérés !

« M. Jénouvrier. — On a récupéré...

« M. Eugène Lintilhac. — A tour de bras !

« M. Jénouvrier. — ... Pour obéir à je ne sais « quelles suggestions. On a dit : « Il faut tant de « têtes de récupérés ». Alors on a apporté tant « de têtes de récupérés.

« M. Vieu. — C'est tristement vrai !

« M. Jénouvrier. — Voila, Monsieur le Sous-« Secrétaire d'Etat, la grande cause de la tuber-« culose dans l'armée. Ajoutez que ce spectacle « cause une irritation dont vous ne pouvez vous « faire une idée !... Lorsque nous entendons les « plaintes d'une femme dont le mari a été récu-« péré, alors qu'il était de notoriété publique, « ce qu'on appelle un « phtisique » ou un « poi-« trinaire », nous ne pouvons que faire cette « constatation : « Les conseils de révision des « exemptés et des réformés ont donné des résul-« tats désastreux. » Il faut avoir le courage de « le dire. » (Sénat, séance du 14 décembre 1917, « pages 1078, 3e colonne et 1079, 1re colonne).

Oui, il faut avoir le courage de dire que de nombreuses décisions des conseils de révision et de réforme, en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, en particulier, ont eu de navrantes conséquences et, trop souvent, leur unique résultat a été « de grossir encore le chiffre, déjà « formidable, de nos morts. » (*Journal Officiel*, Chambre des Députés, séance du 31 janvier 1917, page 214, colonne 3.)

Je n'en veux pour preuve que l'affirmation du docteur Debierre, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, sénateur du Nord, au cours de la discussion, au Sénat, de la loi du 20 février 1917 sur la révision des exemptés et des réformés :

« Ceci m'amène à demander à Monsieur le « ministre de la guerre combien de réformés no 2 « — je ne parle pas des réformés no 1 — l'ont été, « depuis le début des hostilités. J'en connais le « chiffre, Messieurs, je ne vous le donnerai pas, « parce qu'il n'est pas prudent, je crois, de le « donner à la tribune, mais il est considérable, « émotionnant même, *de même, hélas ! que celui « des réformés pour tuberculose pulmonaire*. » (*Journal Officiel*, Sénat, séance du 16 février 1917, page 195, colonne 3).

J'emprunte, d'autre part, à l'intéressante étude du docteur Granjux, sur « la défense départementale contre la tuberculose », (extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, no 12, décembre 1917), la judicieuse réflexion que voici :

« Le docteur Laubry, médecin chef d'un sec-« teur médical, a émis, à propos de la dernière « révision des exemptés et réformés d'avant-« guerre et de la nécessité de maintenir nos « effectifs, ce jugement : « D'une tuberculopho-« bie excessive, on est volontiers passé à l'in-« corporation aveugle — nous allions dire sys-« tématique — des tuberculeux tant soit peu « torpides. »

Mais je m'arrête dans la transcription de citations venant à l'appui de ma thèse, car si je voulais reproduire, ici, toutes celles qui tendent à la soutenir, un volume entier ne suffirait pas, je crois.

Que penser — devant cette multiplicité d'opinions, absolument concordantes, que justifient des milliers et des milliers de cas tristement, douloureusement concluants — de trop de décisions des conseils de révision et de réforme vis-à-vis des malheureux « blessés de la tuberculose » ? Est-ce ignorance ? Est-ce insousiance ? Est-ce indifférence ? Est-ce parti pris ?

Quoi qu'il en soit, *trop souvent*, le malheureux militaire tuberculeux, pris dans la double tourmente, guerre et maladie, au milieu de laquelle, épave lamentable, il se débat en vain, n'a plus qu'à mourir, après avoir pu largement semer la maladie autour de lui, non sans dire, maintenant, avec le poète :

« Exoriare aliquis nostris ex ossibus ultor ! »

H. Hamant.

Protection de la clientèle des médecins mobilisés

I

Voulez-vous permettre à un de vos plus anciens abonnés de vous apporter les doléances des médecins aux armées, relatives à une question pas nouvelle, puisque vous en avez déjà parlé, mais qui n'a pas encore été solutionnée : la préservation de la clientèle de ces médecins. Le *Concours médical* a donné tant de preuves de sa sollicitude pour les confrères mobilisés que nous sommes convaincus — les médecins dont je suis le porte-parole et moi — qu'il prêtera son appui tout entier, à la revendication si juste que nous formulons et qu'il nous aidera à triompher.

Il est indéniable qu'un grand nombre de *médecins mobilisés à l'intérieur* (je ne dis pas tous) font de la clientèle civile « payante » — en dépit de tous les réglements et circulaires — et qu'ainsi ils doublent, triplent, décuplent même parfois, leur solde de médecins militaires. Nous ne songerions pas à récriminer contre ce fait s'il n'avait pour nous, médecins du front, deux conséquences très fâcheuses :

D'abord, encourager ces confrères à se « cramponner » à l'arrière par tous les moyens, afin de ne pas perdre ces bénéfices extraordinaires ; d'où retard énorme dans la relève des médecins âgés du front. Mais la plus grave conséquence est d'ancrer dans l'esprit de ces médecins de l'intérieur, l'idée de conserver, après la guerre, la clientèle fructueuse qu'ils se seront ainsi créée, aux dépens des malheureux confrères mobilisés au loin. Et ne croyez pas qu'il s'agit là d'exceptions : ils sont légion, ces médecins mobilisés qui annoncent, sans pudeur, leur intention ferme de ne pas quitter la ville où le Service de Santé les a placés. C'est contre cette concurrence déloyale, contre ces mauvais confrères que nous venons vous demander aide et protection pour que les pouvoirs publics soient informés de cette situation intolérable et prennent les mesures indispensables à notre défense.

Ce serait le rôle des Syndicats médicaux ; mais ils semblent vouloir ignorer cette situation ; et trop rares sont les confrères non mobilisés et débordés de besogne, qui veulent se donner le souci de s'occuper de la clientèle des confrères absents et faire la chasse aux « écumeurs », comme nous les appelons. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les absents ont toujours tort !

C'est donc aux Pouvoirs publics, au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé en particulier, dont nous dépendons, qu'il appartient de défendre nos intérêts professionnels légitimes, et voici ce qu'on pourrait faire :

1° Interdire d'une façon absolue, sous peine de sanctions sévères, aux médecins mobilisés de se faire « honorer ». Si l'on veut organiser un service médical *payant* pour la population civile, ce qui est très légitime, il est facile de le faire sans que les médecins reçoivent des honoraires, même déguisés sous le nom de frais de déplacement ou autres.

2° Faire signer à *tout médecin mobilisé*, qu'il soit ou non dans la zone des étapes, un engagement par lequel il s'interdit absolument *pendant un an après la démobilisation générale*, d'exercer la médecine civile, dans une ville où il aura, durant la guerre, assuré un service médical pendant plus de trois mois.

Exception serait faite pour les médecins qui exerçaient dans la ville avant leur mobilisation et pour les médecins réformés n° 1 (c'est à-dire à la suite de blessure ou maladie survenue dans le service). L'engagement porterait l'acceptation de sanctions pécuniaires au bénéfice du Syndicat local de médecins ou d'une œuvre philanthropique, en cas d'infraction. Il serait fait en double exemplaire dont un irait à la préfecture du département qui recevrait les instructions nécessaires pour refuser l'enregistrement du diplôme avant la fin du délai d'un an.

Les médecins mobilisés qui refuseraient de signer cet engagement, reconnaîtraient par là leur intention de s'installer dans la ville où ils ont un service et seraient purement et simplement déplacés tous les trois ou six mois, sans autre sanction.

Il nous semble que notre proposition est très juste, très libérale même, puisqu'elle n'oppose qu'un « veto » d'un an à l'installation des nouveaux confrères ; et qu'elle est suffisante cependant pour protéger les intérêts professionnels des confrères mobilisés au loin et leur permettre, après la démobilisation, de reprendre en main leur clientèle et d'être à même de lutter à armes égales contre la concurrence des nouveaux venus. Enfin, elle nous paraît très pratique, puisqu'il n'y a aucune loi à proposer, et qu'il dépend de la seule volonté du Ministre qu'elle soit sans retard réalisée. Et nous savons que sa bienveillance et sa bonne volonté sont acquises aux médecins mobilisés.

Nous vous avons signalé le mal, nous en avons cherché le remède, peut-être en existe-t il un autre ? Nous avons confiance dans le *Concours* pour que, de toute façon, cette question irritante, déprimante parfois, à cause de l'injustice qui l'accompagne, reçoive une solution équitable et rapide. Et d'avance nous vous remercions de ce que vous aurez, une fois de plus, fait, pour ceux qui s'honorent d'être les B. C. D. F.

Un médecin du front.

Petite Correspondance (Suite)

—

Dr V... *Demande:* — Abonné au *Concours médical*, je n'ai pas suivi de très près la question des relèves des médecins de complément, qui ne m'intéressait du reste que médiocrement jusqu'ici. C'est pourquoi je sollicite de votre amabilité une *précision* sur le point suivant :

Puis-je demander une relève de la zone des armées *pour l'intérieur* et ai-je non seulement l'espérance, mais le *droit* de l'obtenir ?

Voici ma situation :

1° Classe 1892, devenu classe **1891** depuis janvier, par suite de naissance d'un enfant.

2° 38 *mois de service au front, aux tranchées*, dans un bataillon de combat.

3° J'ai toujours jusqu'ici *refusé* de profiter du bénéfice de la relève, désirant rester aux armées. Donc, je n'ai *jamais* fait de séjour à l'intérieur.

Il y a 2 ou 3 mois, il a été demandé ici si des médecins de la classe **1892** désiraient rentrer à l'intérieur ; j'ignore si c'est en vertu d'une *mesure générale pour la classe* **1892** ou simplement l'octroi d'une relève momentanée pour les médecins de cette classe n'ayant jamais été relevés. Je ne me suis pas préoccupé de la chose, désirant à ce moment rester à mon poste actuel.

Aujourd'hui, des raisons *graves* se présentent pour demander mon changement et appeler près de moi ma famille.

Puis-je compter que ma classe **1891** plus ancienne que la classe 1892, à laquelle s'ajoute le fait, qui constitue en quelque sorte un droit moral, de l'*absence préalable de toute relève antérieure*, soit une raison suffisante pour que ma requête soit agréée ?

Réponse. — Un médecin qui a refusé de participer, jusqu'à une certaine époque, à une relève dont bénéficie sa classe, conserve toujours le droit à un moment donné, d'en demander les avantages.

La relève de la classe 1891 doit être bien avancée, sinon terminée, puisque le Ministre a déclaré lui-même que celle de la classe 1892 était en voie d'exécution.

Nous savons toutefois que depuis 3 semaines, en raison des évènements militaires, toutes les relèves ont été suspendues.

En faisant valoir les raisons personnelles sur lesquelles vous appuyez votre demande vous obtiendrez peut-être qu'une exception soit faite à votre profit.

II

Lettre ouverte à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

Dans l'alinéa 3° de votre circulaire, vous déterminez dans ces termes la situation militaire d'un certain nombre de médecins des classes 1887-1888 :

« — 3° Tout médecin désigné pour assurer les « soins à la population civile de sa résidence « sera mis en congé sans solde... »

Mais, parmi ces médecins, médecins-majors de 2e classe pour la plupart qui font abandon de leur solde, il y a deux catégories :

1re catégorie.

Ceux dont le lieu de résidence et communes voisines recevaient les soins d'un médecin militaire détaché dans la localité.

Le cas est alors des plus simples, il suffit d'appliquer l'alinéa 2° de votre circulaire : le médecin militaire est retiré, et celui qui est mis en congé retrouve sa clientèle intacte, parfois même augmentée.

2e catégorie.

Les soins à la population civile du lieu de résidence et de tout ou partie de clientèle du médecin mis en congé, sont assurés par un confrère mobilisé, détaché dans une localité voisine, parfois moins peuplée, et uniquement parce que les municipalités en ont fait la demande en temps utile.

Dans ce cas, en rentrant, le titulaire dont la résidence n'a point possédé de médecin trouve sa clientèle en partie absorbée par les confrères civils non mobilisés (à cela rien à faire) ; l'autre partie, et non la moindre parfois, a émigré vers la localité voisine occupée par un médecin militaire, le même souvent depuis 18 mois et plus.

Donc, le médecin de 50 ans rendu à la vie civile trouve sa clientèle perdue, des impôts à payer, une maison à réorganiser, quelquefois des dettes.

— A cela, M. le Sous-Secrétaire d'Etat, il vous est facile de remédier, et de faciliter à ces vieux médecins qui, en général ont fait leur devoir, et viennent de passer de longs mois au front.

Il vous suffirait d'ajouter à votre circulaire les quelques lignes suivantes, ou à peu près : « Au retour d'un médecin en congé sans solde, le médecin militaire le plus proche qui assurait tout ou partie du service de la population civile de sa résidence et des communes voisines sera retiré. Le médecin rentrant assurera à son tour le service.

« Si l'importance de la localité à laquelle était détaché le médecin au service de la population civile est telle qu'on doive en maintenir un, il sera d'office l'objet d'une mutation s'il occupe le poste depuis plus de 3 mois.

Il sera remplacé par un médecin n'ayant jamais assuré de service civil dans le voisinage, à qui il sera bon de rappeler qu'il ne doit pas faire d'incursion dans la clientèle des médecins rentrés ou restés chez eux, ni recevoir d'honoraires.

Dans l'espoir que vous voudrez porter votre attention sur une situation digne d'intérêt, veuillez agréer, Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux. Dr L.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

18749. — M. Paulin Dupuy (Tarn-et-Garonne), député, demande à M. le Ministre de la guerre s'il est exact que la solde et les prérogatives afférentes à leur grade doivent être maintenues aux médecins des plus vieilles classes, ou assimilés, relevés de la zone des armées ou de l'intérieur, et renvoyés, sur leur demande, dans leur domicile d'avant-guerre, alors que ces mêmes médecins ont repris, chez eux, leur ancienne clientèle civile et payante, accrue de clientèles de confrères restés mobilisés, alors surtout que, dans leur résidence, ou même dans tout leur arrondissement, ne se trouve plus un seul hôpital, avec blessés ou malades militaires, et que, dans leur résidence propre, il n'existe d'autre garnison qu'une brigade de gendarmerie à effectifs réduits, soignés gratuitement par un médecin civil. (*Question du* 8 *novembre* 1917.)

Réponse. — Les médecins mobilisés appartenant aux classes 1888 et plus anciennes ne peuvent être affectés à leur résidence du temps de paix, en application des dispositions en vigueur, quand cette localité ne possède pas une garnison ou une formation sanitaire susceptible de justifier la présence de médecins militaires du grade des intéressés.

(*J. O.*, 18 décembre 1917.)

18871. — M. le commandant Josse, député, demande à M. le Ministre de la guerre quelles mesures il compte prendre : 1° pour donner aux oficiers subalternes les moyens d'assurer à peu près convenablement l'existence de leurs familles ; 2° pour mettre fin à cette injustice criante qui consiste à donner pécuniairement une situation sensiblement plus forte aux sous-officiers qu'aux officiers, et dans ce but pour éviter que sur deux mobilisés de même condi-

tion, ayant chacun une femme et deux enfants, le sous-lieutenant ne continue pas à toucher seulement 3,610 fr. par an, tandis qu'il est attribué à l'adjudant-chef 4,500 fr., allocations pour charges de famille comprises. (*Question du* 12 *novembre* 1917.)

Réponse. — 1° Des crédits ont été demandés au Parlement en vue de l'amélioration du traitement des officiers subalternes et, en particulier, de ceux chargés de fammille ; 2° la question fait actuellement l'objet d'une étude.

(*J. O.*, 7 décembre 1917.)

18901. — M. Fernand Engerand, député, demande à M. le ministre de la guerre si, en conséquence de la fermeture des hôpitaux de l'intérieur, la démobilisation ou la mise en sursis de médecins militaires a été envisagée et, dans l'affirmative, si ces mesures seront prises par classes, à commencer par les plus anciennes. (*Question du* 13 *novembre* 1917).

Réponse. — Des congés sans solde sont accordés aux médecins militaires des classes 1887 et plus anciennes, ou qui, ayant six enfants au minimum, sont rattachés à l'une de ces classes par le nombre de leurs enfants.

(*J. O.*, 12 mars 1918).

19474. — M. Pierre Perreau-Pradier, député, appelle l'attention de M. le ministre de la guerre sur la situation des médecins militaires comptant de trente-quatre à trente-neuf mois de front qui, n'ayant jamais été dans des formations de l'intérieur ou des étapes, n'ont pas profité de la relève de trois mois. (*Question du* 11 *décembre* 1917).

Réponse. — La relève des officiers du service de santé a été supprimée. Toutefois, des dispositions transitoires ont été prises pour que ceux de ces officiers n'ayant jamais bénéficié de la relève, puisse rentrer dans la zone de l'intérieur pour une période de trois mois au moins. Cette mesure a été rigoureusement appliquée et les officiers qui n'en ont pas demandé le bénéfice ne peuvent plus désormais se mettre en instance de relève.

(*J. O.*, du 20 janvier 1918).

19587. — M. Louis Andrieux (Basses-Alpes), député, demande à M. le ministre de l'instruction publique s'il ne serait pas possible d'étendre le bénéfice de la circulaire autorisant les étudiants en médecine classés dans le service auxiliaire à la suite de blessure de guerre ou de maladie contractée au front à prendre des inscriptions dans les facultés : 1° aux étudiants versés dans l'auxiliaire à la suite de maladie aggravée au front ; 2° aux étudiants versés dans l'auxiliaire à la suite de maladie contractée ou aggravée sous les drapeaux. (*Question du* 18 *décembre* 1917.)

Réponse. — Les dispositions de la circulaire du 7 novembre 1917 ne sont pas particulières aux étudiants en médecine mobilisés ; elles sont applicables aux étudiants de toutes les facultés. Elles ont été arrêtées en s'inspirant de celles de l'instruction du ministre de la guerre n° 56728 S/11 (Chap. I — C) du 14 août 1917, complétée par l'additif n° 64505 S/11, 3e section, du 18 septembre suivant, relative aux membres de l'enseignement susceptibles d'être mis d'office en sursis d'appel. Il ne serait pas équitable de limiter aux étudiants en médecine les mesures proposées. Pour les étudiants versés dans l'auxiliaire à la suite de maladie aggravée au front, leur cas rentre aisément dans les cas prévus par la circulaire du 7 novembre 1917, qui n'a pas prétendu discerner si la maladie contractée au front était nouvelle ou déterminée par un état de santé antérieur, mais s'est efforcée de tenir compte de l'inaptitude constatée à la suite de blessure ou de maladie au front. Quant aux étudiants versés dans l'auxiliaire à la suite de maladie, sans avoir quitté la zone de l'intérieur, on ne saurait prendre de mesure spéciale à leur égard sans soulever de vives réclamations de la part des étudiants du front ou des autres auxiliaires. Ils ne pourraient équitablement bénéficier que de mesures générales qui font l'objet d'une étude attentive. Le cas d'un étudiant versé dans l'auxiliaire à la suite de maladie aggravée au front n'existe pas en droit : il faut être valide pour être versé dans le service armé et un homme malade ne peut être envoyé au front en titre armé. Si un étudiant du service armé tombe malade au front, il rentre donc dans un des cas prévus par la circulaire du 7 novembre.

(*J. O.*, du 29 décembre 1918).

19733. — M. le commandant Maurice Binder, député, demande à M. le ministre de la guerre si : 1° la circulaire de novembre 1916 sur la relève des vieilles classes des officiers du service de santé aux armées par les classes plus jeunes de l'intérieur est en voie d'application ; 2° dans le cas de l'affirmative quelle est la classe actuellement relevée et quel est le temps nécessaire pour effectuer la relève d'une classe. (*Question du* 27 *décembre* 1917).

Réponse. — 1° La circulaire du 17 octobre 1916 fixant la répartition des officiers du service de santé à l'intérieur et aux armées d'après la classe de mobilisation est en voie d'application; 2° Par le jeu de cette répartition, la classe 1892 est actuellement ramenée à l'intérieur. Le temps nécessaire pour opérer la relève d'une classe varie suivant les nécessités du service (25 à 35 jours environ).

(*J. O.*, 22 janvier 1918).



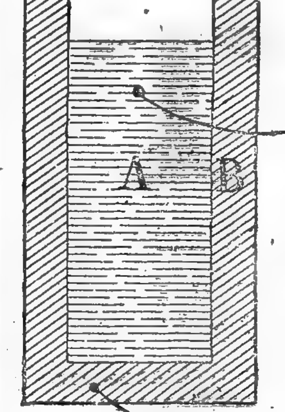
Après les Maladies contagieuses

PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

par les Vapeurs de Formol
A L'AIDE DU

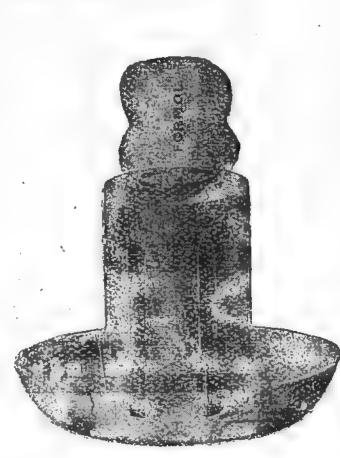
FUMIGATOR GONIN

DESCRIPTION



Tube métallique contenant la poudre de formol

Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi. Elle se consume sans flammes ni étincelles



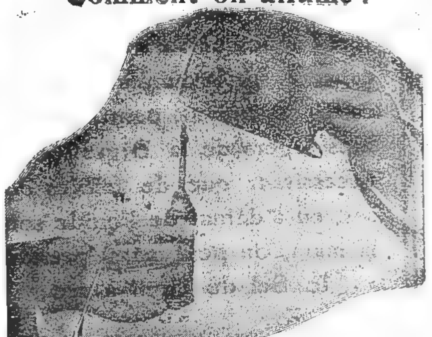
Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur, la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer ?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators nº 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé ***La DÉSINFECTION de ses LOCAUX*** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(Art. 17 du décret du 10 Juillet 1906)

Prix : le GONIN pour 20 m³, **5 francs.**

ÉTABLISSEMENTS GONIN, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : 517-23 — Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS

VISIONS DE GUERRE

CROQUIS DE ROUMANIE

Une soirée à Golia.

Sur le sommet de la tour de Golia, monastère et noyau primitif d'Iasi autour duquel la ville moderne groupe ses maisons basses et ses hauts édifices publics, nous sommes, ce soir, rassemblés une douzaine d'amis. Dans l'enceinte moyenâgeuse du monastère, quelques femmes de cœur, qui voulurent bien faire appel à ma collaboration ont, trois mois auparavant, organisé le premier centre de groupement et de rééducation des invalides de la guerre, et maintenant, l'œuvre en plein fonctionnement et la campagne d'été approchant, nous allons passer la main à d'autres. Mes infirmières — deux d'entre elles sont Françaises — iront sur le front de la 1re armée consacrer à un hôpital mobile leur vaillance et leur activité tandis que je rejoindrai un groupe chirurgical automobile. Mais, une dernière fois, un dîner d'adieu, auquel se joignent quelques personnes qui s'intéressèrent à l'œuvre, nous réunit.

La soirée est splendide. Le soleil couchant illumine de ses feux la vieille tour carrée sur laquelle nous avons, aujourd'hui, pris la place des guetteurs d'autrefois.... Malgré les difficultés extrêmes du ravitaillement, le menu est fort soigné. On a pu envoyer un émissaire à la frontière russe et, luxe suprême, sur la table coquettement servie, le caviar voisine avec un succulent chaud-froid de volaille ! Voilà qui nous change avantageusement du régime habituel du *fasole* (vulgaire haricot blanc). La plus franche cordialité préside à ce dîner, heureux moment de détente qu'agrémente encore une conversation spirituelle et enjouée — car les invités ont été choisis parmi l'élite de la mission française et de l'élément roumain.

Et enfin, pour que la petite fête soit complète, voici qu'apparaît, accompagné de son guitariste, Ciolac, le célèbre tzigane.

Insensiblement, la nuit est venue : une de ces admirables nuits orientales de clair de lune où la douceur de la lumière qui estompe tous les contours sait se concilier avec un éclairage éblouissant qui procure une netteté de vision inconnue sous les climats occidentaux. Les conversations se sont tues, le violon du tzigane résonne. Il dit, en une mélopée tour à tour ardente et mélancolique, l'âme à la fois douce et passionnée de la race. La brillante « hora » succède à la nostalgique « doina », que la flûte du berger renvoie à l'écho des Carpathes. Parfois, la voix du guitariste s'élève, et retentit alors dans la nuit quelque air populaire, phrase sur le mode mineur, à la ligne mélodique, simple et pure. Et c'est vraiment un spectacle unique de contempler, dans la sérénité qui nous entoure, la face inspirée des tziganes se découpant sur le ciel bleu avec, comme décor, la vieille balustrade de pierres grises et, au lointain, l'étagement pittoresque des maisons de la ville, toutes baignées de la lumière jaune bleutée de la lune et piquées des minuscules taches rouges que forment les fenêtres éclairées. Pour nous, en ce cadre, il semblerait que viennent de ressusciter deux troubadours du moyen-âge...

Le blessé roumain.

Un trait, qui constitue sa principale caractéristique, frappe dès l'instant où l'on prend possession *de lui : son absolue résignation. Du* premier examen sur la table de pansement jusqu'à la sortie de l'hôpital, qu'il doive ou non passer par l'intervention mutilatrice, il vous appartient entièrement, il est votre chose qui jamais ne murmure, jamais ne proteste contre vos arrêts, si terribles de conséquences puissent-ils être. S'il gémit, s'il traduit un excès de souffrance en plaintes qui toujours présentent un caractère de douceur enfantine, tel son éternel « valeu », il suffit que dans votre baragouin roumain vous lui demandiez : « Es-tu une femme, un enfant, un tzigane, ou bien un soldat roumain ? » — pour qu'aussitôt sa plainte s'apaise. Rempli de reconnaissance pour la moindre marque d'attention, de sollicitude (en fut-il, jadis, toujours comblé ?) il s'attache très vite à vous et, lorsqu'à l'heure de la visite vous approchez de son lit, il vous accueille avec un bon regard souriant et confiant.

Les chirurgiens français jouissent de la grosse « cote » auprès de lui : il sait bien qu'ils ne marchandent ni leur temps ni leur peine. L'uniforme de notre pays est d'ailleurs universellement aimé et respecté parmi les soldats roumains. L'un d'eux, auquel je renouvelais un pansement de membre fort douloureux, oubliait de se plaindre pour proclamer avec fougue l'admiration très vive en laquelle il tenait le capitaine français B., adjoint au colonel de son régiment, un officier si bon, si brave, qui s'était si bien battu à ses côtés sous Mărăsesti...

Tel est le blessé roumain ; compréhensif, doux et souple, facile à manier. Dans les salles, aucun bruit, aucun désordre : jamais aucune observation à faire.

Et son stoïcisme, ces deux traits suffiront à le dépeindre. Un sergent, porteur de grosses lésions d'une cuisse, doit subir l'amputation. On pratique la rachistovaïnisation, on opère. Sitôt que l'intervention est terminée, le sergent, aidé

par les infirmiers, se dresse sur son séant, contemple un instant le moignon tout enveloppé du pansement, puis, levant les yeux vers nous dit simplement, d'une voix forte : « Sá trăiti, domnule Maior » (vivez, c'est-à-dire : Merci M. le commandant). Un autre jour, lors du bombardement quotidien que nous subissons dans la petite ville où fonctionne notre groupe chirurgical automobile, un obus de 130 éclate dans le jardin de la formation, à quelques mètres des baraques. Craignant un commencement de panique, nous nous précipitons. Sur les soixante blessés que je soigne, trois ou quatre seulement s'agitent. Un, debout, pérore avec animation. A ma vue il s'arrête, sourit d'un air confus, s'excuse en quelques mots. Le camarade roumain qui m'accompagne les traduit : « Il veut bien être blessé encore une fois dans la tranchée — mais pas à l'hôpital, ce serait trop bête ! »

C'est avec de tels hommes que la Roumanie, donnant à des peuples infiniment plus nombreux et plus puissants, la plus grandiose des leçons, a brisé sur les rives du Sireth un des derniers sursauts de la force allemande (1).

Dr André MOLINA.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Il faut relever les tarifs de l'A. M. G.

Monsieur le Préfet de Seine-et-Marne,
Monsieur le Président et Messieurs les Membres du Conseil Général de Seine-et-Marne.

Président du Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux, j'ai l'honneur de venir attirer votre attention sur le tarif actuel de l'Assistance médicale gratuite, dans notre département. Ce tarif, déjà insuffisant avant la guerre, et n'ayant subi depuis aucune modification, est actuellement par trop hors de proportion avec les changements économiques survenus.

Quel est-il ?... *Deux francs par an, par indigent inscrit,* pour tous les soins médicaux. Comme frais de déplacement, pour les autres localités que celle habitée par le médecin : 0 fr. 50 *par kilomètre à l'aller,* soit 0 fr. 25 par kilomètre parcouru réellement : et cela, non par visite, mais par déplacement. Le médecin va visiter 4 malades à 3 kilom. 500, par exemple, ce sera 1 fr. 50, en tout et pour tout, pas davantage. « Sans doute, dira-t-on, c'est maigre, deux francs par inscrit, par an, mais beaucoup d'inscrits ne sont jamais malades... » Hélas ! c'est trop souvent 2 francs « par malade », trop de communes ayant pris l'habitude d'inscriptions rares, au début de l'année, et, formant la liste peu à peu, au fur et à mesure des maladies survenues. « Un tel à la typhoïde ? — Vite, inscrivons-le d'urgence »... et le médecin le soigne pendant des mois pour un total d'honoraires de quarante sous !

Je sais bien que, jusqu'ici, vous n'avez jamais eu l'intention de rémunérer le corps médical au taux exact des services rendus et que vous n'avez cessé de faire appel à son dévouement pour « boucler » sans trop le grever, le budget de l'A. M. G. dans notre département. Permettez-moi, toutefois, de constater que ce modus agendi frappe le médecin d'une sorte d'impôt supplémentaire et particulier à lui, s'ajoutant aux autres impôts communs à tous les citoyens.

Dans la grande majorité des départements, le tarif médical de l'A. M. G. est « à la visite », tarif plus équitable, tant pour le médecin que pour le malade dont les frais de maladie ne sont plus ainsi taxés « à la grosse », pour ainsi dire, mais d'une manière analogue à ceux de son voisin plus fortuné. C'est le futur tarif universel. En Seine-et-Marne, nous en sommes encore au tarif forfaitaire dit « à l'abonnement ». Il est à penser qu'un jour viendra où notre département se mettra au niveau des autres. « Mais, direz-vous, nous sommes en guerre : on verra plus tard ! » Soit ! Restons, pour le moment sur le terrain forfaitaire.

Mais alors, estimez-vous, sincèrement, que le tarif actuel, d'avant-guerre, puisse rester immuable ?... La monnaie, fiduciaire ou métallique, a perdu de 30 à 50 % de son pouvoir d'achat. La vie chère et les frais généraux du médecin (dont ceux de transports inhérents à son service) sont venus grever le budget du simple au double. Inutile, d'ailleurs, d'insister longuement sur ces raisons que vous connaissez mieux que quiconque : vous devez conclure qu'il serait anormal, alors que tous les salaires ont aug-

(1) Ces lignes datent de longtemps avant les événements qui ont si malheureusement modifié la situation de notre héroïque alliée. Nous les maintenons néanmoins intégralement, en les situant à l'époque où elles ont été écrites.

menté dans une grosse proportion, que seul, le tarif de l'A. M. G. reste dans le statu quo...

Au reste, la question est plus haute. Vous comprendrez certainement que des sacrifices pécuniaires quelconques ont forcément des limites, que certaines impossibilités matérielles amènent, inéluctablement, l'arrêt de tout fonctionnement normal, et qu'un service médical, par trop insuffisamment rémunéré, tend à ne plus exister ou, tout au moins, à ne plus remplir son but social. Quels que soient le dévouement et l'abnégation des médecins, ils n'ont pas, en général, les moyens de se payer le luxe de visites à des indigents éloignés pour un prix moindre que ce que leur coûte leur propre déplacement, un prix tel qu'il varie entre le 1/3 ou le 1/4 de celui que réclame son voisin, le voiturier !

On objecte à cela parfois, qu'actuellement les médecins non mobilisés doivent « faire des affaires d'or », pendant que leurs voisins sont aux armées. Je le croyais un peu, moi aussi, je vous l'avoue ; mais, quand, après trois ans 1/2 de mobilisation, dont plus de deux années au front, je revins dernièrement chez moi, par le privilège de mes 51 ans bien sonnés, je dus m'apercevoir, par moi-même, que les journées ne sont pas élastiques et, que le médecin n'ayant ni commis, ni employés, n'est en rien comparable au commerçant ou à l'industriel qui prend « du renfort » au fur et à mesure des commandes. La vérité est que, en province, à la campagne, les frais de transport ont tellement augmenté qu'ils dépassent souvent la moyenne des honoraires d'avant-guerre... C'est ainsi que j'ai dû abandonner plusieurs localités que, plein d'un beau zèle, j'avais cru pouvoir desservir tout d'abord. Il y avait trop d'indigents, trop de réfugiés : les frais que j'avais pour m'y rendre, vu le tarif actuel de l'A. M. G., étaient trop onéreux pour ma bourse. Même en considérant mes soins comme gratuits, j'y étais encore « de ma poche »... Telle est la réalité nette, précise, brutale. Je la livre à votre considération. *Ab uno, disce omnes.*

Qu'en résulte-t il ? Il ne faut pas être grand clerc pour le deviner. C'est donc non seulement au nom du corps médical que je m'adresse à vous aujourd'hui, mais au nom des Indigents de Seine-et-Marne, avec la certitude d'être compris. Vous ne seriez pas des premiers, d'ailleurs, à relever les tarifs d'avant-guerre. Le département de l'Eure, par exemple, sur demande analogue, a accordé 2 francs par visite, au lieu de 1 fr. 50, et pour les consultations, 1 fr. 50 au lieu d'un franc. Deux francs par visite... c'est loin de nos 2 francs... par an, par inscrit.

Au reste, je vous l'ai dit plus haut, je ne discute pas, pour l'instant, sur le régime « à l'abonnement » ; nous verrons après la guerre, quand les répercussions économiques seront stabilisées. Je vous propose seulement d'améliorer le tarif actuel quelque peu, de façon à le rendre « opérant », et ne pas en arriver à ce que l'A. M. G. en Seine-et-Marne, ne soit plus qu'une simple « façade », derrière laquelle l'indigent manquerait des soins nécessaires. Je suis d'ailleurs persuadé que votre attention étant attirée sur ce sujet, vous tiendrez à honneur de remédier à un tel état de choses, que vous prendrez ma requête en considération, et que vous accepterez mes bien modestes propositions, soit :

1° *Porter l'abonnement de deux à trois francs par an, par indigent inscrit* (ce qui était déjà, avant la guerre, le tarif en Seine-et-Oise) ;

2° *Porter l'indemnité kilométrique de cinquante à quatre-vingts centimes, à l'aller* (ce qui fait *quarante centimes* seulement par kilomètre réellement parcouru).

Et ce sera justice.

Je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments dévoués,

Dr Decourt,

Médecin à Mitry-Mory (Seine-et-Marne). — Président du Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux. — Archiviste et ancien vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France. — Membre du Conseil de l'Association générale des médecins de France. — Membre de la Commission ministérielle des Accidents du travail, dite « du Tarif Dubief ». — Membre du Conseil du « Sou médical », etc.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Comment on fabrique le pain.

Ce qu'il faut faire pour qu'il soit meilleur.

Depuis que les consommateurs sont astreints à manger un pain de qualité inférieure, beaucoup d'encre a coulé pour déterminer les causes et les responsabilités de ce changement.

Le syndicat des ouvriers boulangers de la Seine est jusqu'alors resté neutre dans la question et il se serait maintenu dans cette attitude si dans plusieurs articles de journaux il n'avait pas été fait mention du « pain mal travaillé », ce qui approche du sabotage.

C'est sur ce point que nous voulions éclairer les consommateurs et en même temps défendre notre corporation. Le pain actuel en effet, est loin d'être aussi appétissant que celui d'avant-guerre. A cela nous n'y pouvons rien ; les farines livrées à la fabrication sont ainsi. Mais aucun critique n'a dit dans quelles conditions le

pain est fabriqué ni quelles étaient les conditions de la main-d'œuvre.

Déjà bien avant la guerre, nous avons dénoncé les conditions antihygiéniques auxquelles l'ouvrier boulanger est astreint dans son travail. Nous avons dénoncé les fournils infects, sans air et peuplés de vermine, où jamais le service d'hygiène ne pénétra si ce n'est qu'après insistance de notre part. Et encore nous faisait-on ressortir que travaillant la nuit, il était impossible de faire un contrôle. Les locaux où a lieu la vente étaient coquettement agencés, cela devait sans doute suffire !

Aujourd'hui, la majorité des boulangers fabriquent le pain le jour, le service d'hygiène ne fonctionne pas mieux. Cependant, le pain est l'aliment indispensable et consommé par tous et du fait que la farine actuelle est de moindre qualité, il serait nécessaire de redoubler de surveillance sur les conditions de panification.

Nous avons souvent dénoncé un fait et cela sans résultat : celui pour les boulangers d'employer *comme fleurage la sciure de bois*. Voici comment elle est utilisée :

Avant de mettre au four, l'ouvrier est tenu de *saupoudrer les pains* pour les empêcher de coller à la pelle ; du fait que les farines *actuelles absorbent* difficilement l'eau, la pâte est très humide et retient en grande quantité cette sciure de bois, ce qui fait que quand le pain est cuit, il apparaît sur la croûte *des milliers de points grisâtres, puis blancs sur la croûte du dessous*. Le consommateur croit y percevoir *le son tandis que c'est de la sciure de bois*.

Avec nous chacun pourra juger que cet ingrédient est peu digeste, dangereux même pour les yeux de l'ouvrier qui l'emploie. Les boulangers en savent quelque chose, car *il aggrave chez eux la conjonctivite*.

Pour remplacer cette sciure de bois, nous pemandons que *soit employée une matière nutritive*.

Ensuite, pour employer les farines actuelles et donner au pain plus de légèreté et le rendre plus digeste, et faciliter la cuisson, il est nécessaire d'employer de la *levure*. Sur ce point aussi le *service d'hygiène* aurait fort à faire : les *levures actuelles* sont livrées la moitié du temps non seulement en *quantités insuffisante* mais *en état de putréfaction*. Pour s'en rendre compte que messieurs les inspecteurs descendent au fournil.

Les ouvriers boulangers, à Paris et dans la Seine sont, pour 60 %, en sursis d'appel, mobilisés chez les patrons sous le contrôle de l'autorité militaire. Il est accordé à ces ouvriers deux jours de repos par mois sous condition qu'ils trouvent un remplaçant. Mais comme l'ouvrier sursitaire, cinquante fois sur cent, est mobilisé dans une maison qui laisse à désirer comme genre de travail et comme salaire, il arrive qu'il ne trouve pas de remplaçant, et c'est six mois, une année, dix-huit mois durant qu'il est astreint de travailler sans se reposer.

Pourquoi les ouvriers boulangers en sursis ne sont-ils pas sous le même régime que les ouvriers travaillant aux munitions ? Chacun y trouvera son compte et avec nous il sera facile de conclure que des ouvriers boulangers astreints à travailler six mois, un an et dix-huit mois sans repos ne peuvent rendre un travail potable.

Sur la question des salaires actuellement payés en boulangerie, nous aurions beaucoup à réclamer, mais que le consommateur sache seulement que notre salaire de base, qui est de 7 francs par jour, date de quarante années et officiellement de quinze années. Depuis ce temps, le coût de la vie a « légèrement » augmenté. Et de vous demander : mais comment l'ouvrier boulanger fait-il pour vivre ? C'est bien simple, il fait des journées doubles. De là vient inévitablement la malfaçon.

Pourquoi n'interviendrait-on pas en haut lieu sur ces cas ? Il y a au-dessus de toute considération commerciale la santé du consommateur qui l'exige.

Pour conclure, chacun peut se rendre compre que l'ouvrier boulanger qui réclame, le fait avec juste raison. Et puisqu'on parle de *pain mal travaillé*, rappelons que le mitron est un être humain et qu'il a le droit d'être protégé.

Quand il demande plus d'hygiène, la suppression du travail de nuit, c'est pour préserver sa santé dont dépend la santé de ceux qui consomment le produit qu'il a fabriqué.

R LÉVÊQUE,
Secrétaire du Syndicat des ouvriers boulangers de la Seine.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation

A l'ordre du Service de Santé.

Docteur VALENSI (Robert), médecin aide-major de 1re cl. de réserve.

« A fait preuve pendant les combats du 2 au « 25 novembre de courage et de dévouement, en « donnant ses soins aux blessés sous des bom- « bardements ennemis ; blessé lui-même, a « continué à panser les blessés avant de se soi- « gner lui-même. »

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Suc^rs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

NOUVELLE PRÉPARATION PHOSPHO-MARTIALE

FERROPHYTINE CIBA

GRANULÉE

CHLOROSE
ANÉMIES DIVERSES
CHLORO-BACILLOSE
SCROFULOSE
LYMPHATISME
Etats neurasthéniques

Sel ferrique neutre de l'acide phytinique contenant 7,5 % de fer et 6 % de phosphore. Ces deux éléments organiquement combinés sous une forme colloïdale très assimilable.

Pas de Gastralgie
Pas de Constipation
Pas de Coloration dentaire

Echantillons sur demande
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND ph^cien
1, Place Morand, LYON



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX et de SOUDE

Le Seul Phosphate assimilable ne fatiguant pas l'Estomac.

ADMIS DANS les HOPITAUX de PARIS

Infaillible contre :

RACHITISME, FAIBLESSE DES OS
CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT, GROSSESSE, NEURASTHÉNIE
SURMENAGE INTELLECTUEL, etc.

Très agréable à prendre dans un peu d'eau ou de lait.
Pour les diabétiques, se prépare sous forme de comprimés.

VENTE EN GROS : **13, *Rue de Poissy, PARIS.*** — DÉTAIL : ***Principales Pharmacies.***

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 9 — 1er MAI 19..

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

VIENT DE PARAITRE

Les médecins et le décret du 14 septembre 1916

Brochure indiquant brièvement et clairement les droits et obligations résultant pour les médecins du décret sur l'importation, le commerce, la détention, et l'usage des substances vénéneuses, et contenant la liste des substances auxquelles s'appliquent les prescriptions du décret.

En vente aux bureaux du Journal et au Syndicat des médecins de Marseille, 3, Marche des Capucins, à Marseille.

Prix franco : **0 fr. 50.**

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 35. — *Radioscopie, radiographie,* appareils à l'état de neuf à vendre ensemble ou séparément comprenant:
Bobine induction étincelle 300 mm. et tous accessoires, spintermètre, ampoule et porte-ampoule interrupteur mercure écran, chambre noire, interrupteur électrolytique, vibreur transformateur, cuvettes, chassis.
Union Électrique Industrielle à Angoulême.

—

N° 36. — Sur P.-L.-M., près Châlon-sur-Saône, médecin de campagne prendrait en pension fillette de 6 à 7 ans, sa femme s'occuperait de l'instruction de l'enfant.

Suite page XX

Quarantième année — N° 9 — 1er Mai 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.

Le rôle actuel du médecin praticien, releveur de courage et résurrecteur d'énergie.................. 387

Partie Scientifique

Chirurgie pratique.

La chirurgie de l'estomac, par Victor Pauchet.... 388

Revue des Sociétés Savantes

Le liquide céphalo-rachidien dans les paralysies diphtériques. — Erythème consécutif aux injections de chlorhydrate d'émétine. — Bactériologie des plaies de guerre. — Lithiase et cancer du rein. — Le syndrome cardio-vasculaire dans l'intoxication par les gaz.................. 390

Médecine opératoire.

Extraction d'un projectile situé dans la pointe du cœur, par le médecin-major Beauchef 393

Thérapeutique appliquée.

Sur la Cascarine et sa valeur thérapeutique, par le Dr L. Delmas.................................. 394

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.

Au fil de l'actualité : Notre Referendum. — Les revendications et les intérêts des médecins mobilisés. — La solde des médecins mobilisés. — L'H. O. E. 397

Notes de pratique quotidienne.

La gastro-entérite infantile.............................. 405

Correspondance

A propos de la hiérarchie et de l'avancement des médecins militaires de complément — Chacun à sa place. — Les affectations, fonctions de l'âge. — Les affectations des médecins de l'intérieur. — Chacun à sa place ? .. Jugez-en ! ! 407

Documents officiels.

A l'Officiel : Questions et Réponses militaires..... 416

Partie Professionnelle

Mutualité Familiale du Corps médical Français................................ 419

PROPOS DU JOUR

Le rôle actuel du médecin praticien, releveur de courage et résurrecteur d'énergie.

La grande offensive allemande déclanchée depuis un mois, que nos alliés britanniques et nos propres armées ont héroïquement arrêtée, a déterminé le lamentable exode des régions envahies et hâtivement évacuées.

Nous avons lu avec émotion la lettre d'une éloquence naïve d'une de nos parentes, obligée de quitter précipitamment sa maison, fuyant le long des chemins au milieu d'une foule terrifiée, vieillards marchant avec peine, mères traînant des enfants accrochés à leurs jupes et poussant des voitures à bras où reposaient les plus petits, chariots où toutes sortes de hardes étaient accumulées, animaux domestiques errant le plus souvent sans maîtres et suivant le courant descendant de ce fleuve vivant ininterrompu, tandis que de l'autre côté de la route, artilleurs, cavaliers, fantassins avec canons, caissons et mitrailleuses, puisant dans la vue des malheureux évacués une nouvelle ardeur faite de rage et de colère, s'empressaient dans un élan enthousiaste vers le front de bataille.

L'arrivée inattendue de ces malheureux dans toutes les régions de France, jointe aussi à l'envahissement de toutes les villes et même des campagnes par un flot de parisiens que les raids des avions et les bombardements des canons fantastiques à longue portée avaient effrayés, a jeté dans tout le pays un certain sentiment d'angoisse qui, sans déterminer de panique, a influencé indirectement le moral de l'Arrière.

L'état d'esprit tout à fait supérieur de nos soldats, l'opiniâtreté britannique dans la défense pied à pied des plaines de Picardie et de Flandre, l'énergie et la cohésion de nos chefs politiques et militaires ont bientôt rassuré les plus timorés. N'empêche qu'il est encore des gens de l'arrière qui ne peuvent se faire à cette idée des souffrances de la guerre dès que ces dernières se rapprochent un peu d'eux ; de même qu'il est des Parisiens qui ont peine à concevoir que, lorsqu'ils ont leurs fils ou leurs parents au front qui courent mille dangers, il soit possible qu'ils se trouvent obligés d'en affronter eux-mêmes quelques-uns. Ces gens-là deviennent de réels malades et entrent dans ces catégories de névrosés alarmistes que M. Vallon dernièrement décrivait à l'Académie.

Ces névrosés relèvent du médecin praticien à qui ils font du reste toujours appel, et ce dernier peut beaucoup pour les rassurer, car le sang-froid et le courage sont contagieux comme la peur.

C'est un des devoirs du médecin praticien de maintenir le moral du pays ; c'est un devoir qu'il doit savoir accomplir, et lui, plus que tout autre, peut remplir le rôle de releveur de courage et de confiance, de résurrecteur d'énergie.

Et cela est d'autant plus vrai que les trois quarts des névrosés qui viennent le trouver ne demandent qu'à être rassurés et à recevoir d'un homme de sang-froid, pourvu d'une volonté supérieure à la sienne désemparée, les paroles qui donnent le calme et la confiance, la suggestion qui ramène par la simple raison les faits à leur exacte proportion.

Sans bercer l'esprit des névrosés de cet optimisme exagéré et ridicule, qui, par le fait d'inévitables désillusions, produit plus tard une dépression encore plus grande, le médecin praticien peut faire comprendre que les alarmistes ont parfois de bons motifs pour faire peur.

Certes, nous pensons que la raison même engageait à faire quitter Paris aux enfants et aux femmes que leur devoir n'y retenait pas, bien que les bombardements de la ville n'aient pas fait courir un danger très grand à la population. Il n'y a aucune honte à éviter dans la mesure du possible des sacrifices inutiles. Mais qui oserait nier que beaucoup de personnes dont le devoir n'était pas précisément de quitter Paris où ils pouvaient être utiles, se sentant quelque peu honteux de leur fuite en arrivant en Province, n'aient pas cherché à excuser leur défaillance en exagérant la situation ?

Donc, tout en remplissant sa tâche humanitaire de guérisseur quelquefois et de consolateur toujours, le médecin praticien peut et doit encore à ce jour accomplir un devoir sacré envers la Patrie, celui de releveur de courage et de résurrecteur d'énergie.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE PRATIQUE

La chirurgie de l'estomac

par Victor PAUCHET,
Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens,
Chirurgien des Hôpitaux.

(Conférence faite en l'honneur de la Mission Médicale Urugayenne.)

Messieurs,

Sur 10 malades qui se plaignent de l'estomac, un seul est porteur d'une vraie lésion gastrique ; cette lésion est un ulcère ou un cancer. Les 9 autres malades sont atteints de dyspepsie réflexe. Celle-ci est due soit à la lésion d'un organe abdominal : cholécystite, coudure intestinale, appendicite, gastro-coloptose ; soit à l'état morbide d'un appareil extra-abdominal : tuberculose pulmonaire, tabès, insuffisance cardiaque, rénale, acidose, etc. Quand les troubles gastriques sont vraiment d'origine gastrique, quand ils sont chroniques ou récidivants, on peut presque toujours affirmer qu'il s'agit d'un ulcus duodénal ou gastrique.

L'*ulcus duodénal* se rencontre surtout chez l'homme ; l'*ulcus gastrique* est fréquent dans les deux sexes. Le premier siège sur la première portion du duodénum, près du pylore. L'ulcus gastrique siège presque toujours sur la petite courbure ; l'ulcus que l'anatomo-pathologiste localise sur la paroi postérieure ou antérieure de l'estomac n'est qu'une prolongation d'un ulcère de la petite courbure ; il suffit de bien examiner la pièce pour le voir.

La plupart des ulcus gastriques et surtout duodénaux que nous opérons ont une histoire déjà ancienne et datent de loin ; ils étaient souvent étiquetés, par les médecins : maladie de Reichmann, hyperchlorhydrie, dyspepsie nerveuse, etc.

Les 4/5 des cancers gastriques se développent sur d'anciens ulcères qui, pour la plupart, étaient ignorés. L'ulcus duodénal se transforme rarement en cancer. La gastro-entérostomie est une bonne opération si on l'applique à l'ulcus duodénal et surtout si elle est complétée par la *sphinctérectomie* (Enriquez), opération qui supprime le spasme du pylore et réalise l'*exclusion pylorique*. La gastro-entérostomie est un traitement insuffisant si on l'applique à l'ulcus gastrique.

Pendant 12 ans, nous avons traité les ulcères gastriques par la gastro-entérostomie ; quelques

malades ont guéri ; d'autres ont continué à souffrir, à saigner, à présenter des troubles divers ; quelques-uns se sont transformés en cancer d'estomac. Pendant un an, nous avons pratiqué l'*excision simple de l'ulcère* avec suture de la brèche. Les résultats thérapeutiques étaient meilleurs que ceux procurés par la gastro-entérostomie, mais l'opération était plus grave (20 % de mortalité). Depuis huit ans, nous pratiquons la *gastro-pylorectomie systématique*. Nous avons réopéré un certain nombre de malades qui avaient déjà subi de la part de collègues ou de nous-mêmes l'excision simple ou la gastro-entérostomie. La guérison définitive est survenue après cette gastrectomie secondaire.

Sur un millier d'opérations gastriques, nous avons pratiqué 291 gastrectomies pour ulcus ; le chiffre de mortalité est encore élevé puisque nous avons 29 morts (10 %) ; mais parmi ces opérés, il y avait des hémorragies graves, des périgastrites suppurées, des ulcus géants qui avaient corrodé le foie, le pancréas sur une très grande étendue.

A. — Technique de la gastrectomie pour ulcus gastrique.

Tout ulcus siège, 19 fois sur 20, soit sur le duodénum, près du pylore (gastro-entérostomie simple, complétée ou non de l'excision pylorique), soit sur la petite courbure gastrique, au niveau de la petite tubérosité. Il faut, dans ce dernier cas, faire la gastrectomie, réséquer la première portion du duodénum, le pylore, et la petite tubérosité, fermer en cul-de-sac le duodénum et l'estomac et faire une gastro-entérostomie. Voici les temps de l'opération :

1º Exploration. — Incision abdominale ; rechercher si la vésicule contient des calculs, si les colons ou l'intestin grêle présentent des coudures de Lane. Explorer les deux faces de l'estomac, surtout si l'ulcus n'apparaît pas de suite à l'œil du chirurgien. Pour explorer les deux faces et la petite courbure, faire le décollement colo-épiploïque ou bien dépouiller la grande courbure d'un coup de compresse (Témoin), *comme on écorche un animal*. L'estomac « dépouillé » au niveau de sa grande courbure se laisse facilement explorer sur les deux faces.

2º Libération de l'estomac. — Relever l'estomac, grande courbure en haut, pour voir la face postérieure ; s'il y a un ulcus adhérent, le disséquer au bistouri. Si l'ulcus est perforant, laisser le fond de l'ulcus dans l'organe corrodé, pancréas ou foie ; cette dépression est badigeonnée à l'iode, puis recouverte d'un lambeau d'épiploon ; procéder ensuite à la résection.

3º Résection. — Le duodénum, le pylore et la petite tubérosité sont libérés de leurs attaches séro-vasculaires ; les ligatures sont faites ; le duodénum et l'estomac sont fermés en cul-de-sac *après écrasement* ; pour les sutures séro-séreuses, employer le fil de lin.

4º Gastro-entérostomie trans-mésocolique. — Elle se fera sur la face postérieure ou antérieure de l'estomac, suivant que l'une ou l'autre est plus accessible. Faire la suture séro-séreuse au fil de lin et la suture muqueuse avec du catgut chromé (00).

5º Suturer la brèche méso-colique, a l'estomac.

6º Suture de la paroi. — Crin sur l'aponévrose, agrafes sur la peau.

B. — Technique de la gastrectomie pour cancer.

Elle diffère de celle pour ulcus en ce qu'il faut enlever les ganglions et lier les troncs artériels (artères coronaire stomachique et gastro-épiploïque droite) avant d'enlever l'estomac ; voici les divers temps :

a) Exploration. — Rechercher s'il y a de métastases du côté des ganglions aortiques, dans le foie et le péritoine. S'il y a des métastases, la gastrectomie est inutile ; ne pas être intimidé par les adhérences du cancer qui se laissent libérer avec le bistouri ou la compresse. L'opération est parfois lente, laborieuse, mais comme le malade n'est pas endormi, il n'y a pas de risques de congestion pulmonaire.

b) Libération de l'estomac, du cancer et des ganglions. — Pratiquer le *décollement colo-épiploïque* en commençant vers la gauche.

Séparer le méso-colon transverse ; quelquefois, il faut réséquer une partie des vaisseaux méso-coliques, ils se dissèquent souvent bien au bistouri. Séparer le pancréas qu'il faut quelquefois entamer avec le bistouri ; *tous les ganglions doivent être laissés du côté de la tumeur et de l'estomac voué à la résection* ; il faut que la libération de l'estomac et du duodénum (première et deuxième portions) soit complète et que les parties réséquables viennent en bloc avec les épiploons et les ganglions.

c) Section du duodénum et ligature de la coronaire stomachique. — Ecraser le duodénum, le fermer en cul-de-sac ; puis, tirer tout l'estomac vers la gauche, soulever le foie avec une valve, découvrir l'artère coronaire stomachique tout près du tronc coeliaque et la lier.

d) Dépouillement ganglionnaire de la petite courbure. — Ce temps est important. Immédiatement en aval de la ligature de la coronaire stomachique, l'opérateur saisit l'artère avec une pince; il coupe le vaisseau entre la ligature et la pince, tire sur celle-ci, tend l'épiploon gastro-hépatique dans lequel sont contenus les vaisseaux et ganglions; alors, par un mouvement de haut en bas, il gratte avec la lame du bistouri la petite courbure qui se dépouille ainsi dans toute la hauteur de sa séreuse, de ses vaisseaux et de ses ganglions. Le dépouillement s'arrête là où portera la section gastrique, à 3, 4, 5 travers de doigt de la tumeur.

e) Section de l'estomac.—L'estomac est écrasé, fermé en bourse au fil de lin, puis sectionné.

f) Gastro-entérostomie, trans-mésocolique. — Quand le moignon gastrique est trop petit, l'anastomose de l'estomac avec le jéjunum se fait à l'aide d'un bouton de Murphy ; les résultats sont aussi bons qu'avec la suture, sinon gastro-entérostomie avec du fil, en deux plans de suture.

Appendice. — (50 dessins, sous-presse, illustrent cette description technique. « Edition Schneider, 18 bis, rue Raspail, à Levallois. »).

Préparation de l'opéré et soins consécutifs (voir « *Journal des Praticiens* », 30 mars 1918.)

Avant l'opération, les ulcéreux ont souvent épuisé leurs réserves nutritives, nerveuses et vitales; leurs appareils défenseurs, modificateurs ou éliminateurs donnent un rendement insuffisant. Ils devront subir une *préparation soignée*, poursuivre un *régime alcalin*, pour éviter l'acidose. Ce n'est que lorsqu'ils auront récupéré leur potentiel vital et éliminé leurs toxines qu'ils seront opérés.

Les facteurs de bénignité opératoire seront la simplicité de la technique, l'anesthésie locale, la coopération étroite du médecin, du chirurgien et de l'infirmière.

Après l'opération, le malade devra observer une hygiène alimentaire parfaite pour défendre son foie, son rein et les glandes insuffisantes qui ont favorisé la production de la lésion. Là encore, la coopération médico-chirurgicale sera des plus utiles.

Anesthésie. — Les opérations pour cancer sont faites sous anesthésie locale (1) complétée parfois d'une bouffée de chloréthyle pendant la libération des tumeurs adhérentes. Les opérations pour ulcus sont faites sous rachi-anesthésie dorso-lombaire complétée d'une anesthésie locale de la ligne blanche abdominale.

(1) Pauchet et Sourdat. — « Anasthésie régionale ». Doin, éditeur, Paris 1917.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le liquide céphalo-rachidien dans les paralysies diphtériques. — Erythème consécutif aux injections de chlorhydrate d'émétine. — Bactériologie des plaies de guerre. — Lithiase et cancer du rein. — Le syndrome cardio-vasculaire dans l'intoxication par les gaz.

— MM. Lortat-Jacob et Hallez lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur *le liquide céphalo-rachidien dans les paralysies diphtériques*.

Dans ces derniers temps, plusieurs observations ont été rapportées dans lesquelles l'examen du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de paralysie diphtérique montra des altérations de ce liquide. MM. Lortat-Jacob et Hallez ajoutent à ces observations deux nouveaux cas de paralysie diphtérique avec hypéralbuminose ou lymphocytose du céphalo-rachidien.

M. de Massary a fait, sur ce point, des constatations négatives. Les faits qu'il a pu observer démontrent que les modifications du liquide céphalo-rachidien ne sont pas, en pareil cas, constantes.

— M. Railliet rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas *d'érythème consécutif aux injections de chlorhydrate d'émétine.*

Il s'agit d'un malade atteint d'accidents dysentériques, chez qui les injections de chlorhydrate d'émétine, d'abord bien tolérées, furent suivies d'érythème à tendance sphacélique.

Pensant qu'il fallait incriminer une faute de technique et en particulier la pénétration de liquide dans le derme, M. Railliet prescrivit de faire l'injection avec une aiguille autre que celle ayant servi à l'aspiration. A partir de ce moment, les accidents cessèrent.

— MM. Plisson, Ramond et Vergelot font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *la bactériologie des plaies de guerre.*

L'infection des plaies de guerre se fait par les projectiles. Aussi, dans les premières heures qui suivent une blessure, les examens bactériologiques n'y montrent-ils aucun microbe. Les cultures ne deviennent positives qu'après la 5e ou la 6e heure, ou plus tardivement.

Au point de vue bactériologique, on peut distinguer les plaies de guerre en : 1° plaies à anaérobies ; 2° plaies à aérobies (à streptocoques, ou sans streptocoques). Les anaérobies interviennent dans les gangrènes, en association microbienne habituellement. Parmi les aérobies, le streptocoque joue un rôle capital et constitue un facteur de gravité majeur.

ABONNEMENTS :
Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. *(On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste).*

Au point de vue pratique, les données de la bactériologie offrent un grand intérêt. Dans les plaies récentes, toutefois, le laboratoire est impuissant à fournir des renseignements primordiaux, car les renseignements qu'il donne ne sont pas assez rapidement obtenus. Aussi, à ce moment, la clinique reste-t-elle le guide principal du chirurgien. La constatation du streptocoque, dans une plaie, doit faire rejeter la suture. Dans les plaies anciennes soumises à la désinfection progressive, l'épreuve bactériologique donne, par contre, de précieux renseignements. Elle fixe le moment opportun pour la suture secondaire des plaies. On sait que Carrel autorise la fermeture des plaies dans lesquelles deux examens consécutifs, à 1 ou 2 jours d'intervalle, n'ont mis en évidence qu'un microbe par 4 ou 5 champs microscopiques. Pour les plaies profondes, plusieurs examens, échelonnés en 4 ou 5 jours, sont nécessaires.

— MM. Ménétrier et Martinez font à l'*Académie de médecine* une communication sur *la lithiase et le cancer du rein.*

Partant d'une observation de cancer greffé sur une pyélite chronique lithiasique, M. Ménétrier estime que la succession chronologique de ces deux états morbides n'a pas été une pure coïncidence. La relation du cancer et de la lithiase est du reste, aujourd'hui, généralement admise dans la plupart des traités récents. Hallé a même signalé, dans des cas de ce genre, sur la muqueuse de la vessie, des uretères et du bassinet, l'existence d'un revêtement pavimenteux corné, distribué en plaques, qu'il a proposé de désigner (par analogie avec les lésions buccales du même ordre) sous la dénomination de *leucoplasie urinaire*, cette leucoplasie urinaire pouvant, comme la leucoplasie buccale, être le point de départ d'une évolution maligne.

— M. Delorme présente à l'*Académie de médecine* au nom de M. Piéry, un travail intitulé : le *syndrome cardio-vasculaire des intoxiqués par les gaz chlorés.*

Sur 132 intoxiqués, M. Piéry a recherché, d'une façon continue, le pouls et la tension artérielle avec le sphygmomanomètre de Pachon, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Parmi les symptômes de l'intoxication par les gaz chlorés il importe de mettre en évidence, à cause de sa constance, un syndrome cardio-vasculaire, caractérisé par l'hypotension artérielle et la bradycardie.

2° Pour lutter contre ce syndrome, aucun médicament n'égale le sulfate de trychnine en injection sous-cutanée et à haute dose (0 gr. 010 à 0 gr. 015).

P. L.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Extraction d'un projectile situé dans la pointe du cœur

Par le médecin-major Beauchef,

Le soldat S... Joseph, du ...e d'artillerie lourde, du ...e bataillon, est blessé en Champagne le 2 septembre 1916 et entre à l'Hôpital mixte d'A... le 20 septembre 1916. Il a reçu une balle de schrapnell dans le poumon droit, au niveau de la ligne axillaire. La balle a traversé le poumon ; elle est passée en arrière du sternum et est venue se loger dans la pointe du cœur.

Le blessé se plaint de douleurs au niveau de la région cardiaque, et l'opération est décidée et pratiquée le 14 octobre 1916.

Assistent à l'opération M. le médecin-major L..., médecin-chef de la place, aide-major de 1re cl., le Dr T..., médecin civil et M. B..., radiographe aux armées.

Incision au-dessous du sein gauche et résection du 5e cartilage costal et de la 5e côte au niveau du point marqué. Le péricarde est découvert, mais non incisé. A l'aide de la bonnette de Bouchacourt, le radiographe vérifie sur la table d'opération la localisation du projectile. Il me conseille de chercher à 1 cm. plus bas, en arrière de la 6e côte. Je sectionne la côte et le cartilage. J'ai un large accès sur le cœur, que je vois battre sous le péricarde et les culs de sac pleuraux.

Le péricarde est incisé à l'endroit indiqué par la radiographie, et il s'écoule une cuillerée à café de liquide purulent.

Le doigt introduit par cette ouverture permet de sentir le projectile inclus dans la pointe du cœur : une petite balle de la grosseur d'une chevrotine.

L'extraction a été délicate, à cause de la mobilité de l'organe et surtout par crainte de la perforation du ventricule.

Avec le doigt, on sentait à la place du projectile un véritable trou dans le muscle cardiaque : La guérison a eu lieu *per primam.*

Conférences sur le traitement et la prophylaxie de la syphilis

Le Docteur Leredde commencera une série de conférences sur le traitement et la prophylaxie de la syphilis le dimanche 12 mai, au *dispensaire de prophylaxie du XVe arrondissement* (32, *rue Fondary, métro Commerce*), à 10 h. 1/2 et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur la Cascarine et sa valeur thérapeutique.

Par le Dr L. Delmas.

La Cascarine provient de l'écorce du Rhamnus Purshiana, arbre qui croît sur les côtes américaines de l'Océan Pacifique et surtout en Californie ; il peut atteindre une hauteur de cinq à sept mètres et possède une grande réputation en thérapeutique : on la désigne sous le nom de Cascara Sagrada (écorce sacrée) et elle est employée comme laxatif pour combattre la constipation habituelle. En Amérique, on l'emploie sous forme d'extrait fluide, à la dose de 30 à 40 gouttes ; en France, on l'utilise sous forme de poudre à la dose de 25 centigrammes. Administrée dans ces conditions on obtient, quand l'écorce est de bonne qualité, une selle journalière; lorsqu'on augmente les doses, la Cascara Sagrada donne le plus souvent des coliques très vives ; aussi ne peut-on l'employer comme laxatif.

L'étude chimique du Rhamnus Purshiana a été faite, pour la première fois, en 1879, par Prescott et reprise par un grand nombre d'expérimentateurs qui y découvrirent une certaine quantité de principes, parmi lesquels on trouve désignée l'existence de trois résines : une brune, une rouge et une jaune clair. Mais, au cours des recherches qu'il entreprit pour isoler l'alcaloïde, Leprince constata qu'il existait non pas trois résines, mais une seule, à divers états d'oxydation suivant l'âge de la plante et l'époque de sa récolte, et il a extrait de l'écorce de la Cascara Sagrada, un corps nouveau, qui est le principe réellement utile de la plante et qu'il a nommé la *Cascarine*, (*Académie des Sciences*, 1er août 1892 et 3 juillet 1899.)

La Cascarine se présente sous forme d'aiguilles prismatiques d'un jaune orange à teintes variables ; elle est inodore, insipide, soluble en rouge foncé dans les alcalis et dans l'alcool ; elle est insoluble dans l'eau, elle fond, en se décomposant, à 200° et sa décomposition est complète à 300 degrés. En outre de la Cascarine, Leprince a encore signalé dans l'écorce du Cascara : une huile volatile, une huile fixe, des résines, de la Chysarobine, de l'acide chrysophanique et de l'émodine.

Au point de vue physiologique, le Rhamnus Purshiana et la Cascarine excitent la sécrétion du suc gastrique et l'augmentent pendant la digestion, ainsi que celle du suc pancréatique et régularisent la sécrétion biliaire qui est le plus souvent amoindrie dans la *constipation chronique* en particulier. Enfin au point de vue de son élimination, on n'a pu déceler la présence de la Cascarine dans les urines : on peut donc penser qu'elle est complètement décomposée dans l'organisme.

La valeur thérapeutique de la Cascarine est indiscutable et le Professeur Bouchard lui fit les honneurs de l'Institut, dans la séance du 1er août 1892, et dans ses conférences de l'Hôpital Cochin, Dujardin Dumetz déclare *qu'elle est une véritable conquête thérapeutique*, etc.

La Cascarine possède tous les effets utiles du Rhamnus Purshiana sans avoir aucun de ses inconvénients, ni par osmose, ni par irritation. Tout comme le calomel elle possède une action primitive sur le foie, sans danger congestif pour l'intestin ; elle est d'abord cholagogue, puis copragogue. Elle accélère le travail digestif dans toutes ses phases (Laffont), régularise les mouvements et stimule les sécrétions du tube digestif et de ses annexes ; elle s'adresse à la fois au défaut de sécrétion et à la perte de tonicité, qui sont les deux grandes causes de la constipation.

La Cascarine n'occasionne jamais d'hypersécrétions glaireuses et sanguinolentes ; elle ne congestionne jamais les plexus hémorroïdaires, ni les organes génitaux voisins ; elle évite les débâcles irritatives et les coliques dûes à l'entérospasme. En dépit d'une action cholagogue et excitomotrice hors de pair, les selles qu'elle détermine sont molles et louables. Un courant biliaire s'établit qui désagrège les matières, lubréfie la muqueuse et fait glisser le bol fécal. Bien différente des drastiques, dont l'abus transforme couramment en maladie véritable ce qui n'est qu'une infériorité, la Cascarine triomphe de la pléthore veineuse des arthritiques, grâce à une action angiotonique qui réveille aussi sûrement que l'aloès, mais sans en avoir les inconvénients, l'inertie utéro-ovarienne chez la jeune chlorotique et la circulation pelvienne chez les hémorrhoïdaires.

Dans le traitement de la constipation sous toutes ses formes, la Cascarine en s'attaquant *aux causes* de la *constipation*, donne d'excellents résultats. Pour traiter la constipation rebelle, il faut des doses variables suivant les cas ; le mieux est de contrôler, jour par jour, les effets du médicament sur les divers sujets et de donner des doses lentement progressives.

La Cascarine s'administre chez l'enfant, à partir de deux ans, à la dose moyenne de 1 à 5 centigrammes, suivant l'âge ; chez l'adulte, on peut prescrire de 10 à 30 centigrammes par jour, une ou deux pilules au repas du soir de préférence.

Nécrologie. — Nous sommes priés d'annoncer le décès de la mère de notre confrère le Dr Maurice Griolet, de Molières-sur-Cèze (Gard), médecin aide-major (ambulance 6/XI, secteur 88).

Nous adressons nos vives sympathies à notre confrère.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Notre Referendum

Voici les premiers résultats — traduits par des chiffres bruts, — de notre referendum relatif à la modification éventuelle du statut des médecins militaires.

Nous publierons, dans un prochain numéro, le détail de cette consultation du Corps médical mobilisé, en y joignant les commentaires que nos correspondants nous ont adressés :

		OUI	NON
	1° *Demandez-vous le maintien de l'assimilation telle qu'elle existe actuellement, quelles que soient les appellations ?*	20,04 %	79,06 %
APPELLATIONS	2° *Etes vous d'avis de maintenir les appellations actuelles, médecin-major, médecin-principal... ?*	17,3 %	82,7 %
APPELLATIONS	3° *Etes-vous d'avis d'augmenter l'assimilation, en appelant le médecin par son grade : lieutenant, capitaine, commandant ?*	5,4 %	94,6 %
APPELLATIONS	4° *Etes-vous d'avis de donner plus d'indépendance morale au médecin, de lui conserver son caractère professionnel en ramenant toutes les appellations entre médecins et tous autres officiers ou inférieurs à celle de* **Docteur** ?	83,3 %	16,7 %
	5° *Etes-vous partisan d'une modification radicale dans l'organisation du Service de Santé telle qu'elle est esquissée ci-dessus : échelle de solde, hiérarchie administrative par lettres de service selon les aptitudes, tenue spéciale ?*	86,1 %	13,9 %

Nous livrons l'éloquence de ces chiffres à la méditation de tous ceux que préoccupe la situation des médecins dans l'armée.

Les revendications et les intérêts des médecins mobilisés.

Des revendications des médecins mobilisés, nous examinerons plus particulièrement celles qui leur sont communes à tous, nous contentant de mentionner à peine, en passant, celles qui pourraient les opposer les uns aux autres.

Nous avons tous eu l'occasion de lire dans les journaux ; nous avons entendu proférer en des conversations particulières, et nous avons nous-mêmes formulé des récriminations contre certains de nos confrères jouissant de privilèges injustifiés. Mais ici, devant le grand organisme de défense de tous les médecins, devant l' « Union des Syndicats médicaux de France », aucune parole de désunion ne saurait être prononcée qui dresserait les médecins les uns contre les autres.

Tous les médecins mobilisables ont été mobilisés. Ceux-là sont seuls restés dans leur clientèle, qui étaient trop âgés, malades ou atteints d'infirmités. Qu'il s'en soit caché parmi les infirmes, de très actifs et partant, capables de servir, cela ne fait de doute pour personne. Chacun de nous pourrait en citer. Mais quoi ? Ne sont-ils pas couverts par la décision d'un conseil de réforme ? N'y touchons pas, ils sont fêlés. Et d'ailleurs, nous n'avons nullement pour mission de chercher je ne sais quelle égalité par en bas, en nivelant tous les médecins sous la toise de la misère commune, confraternelle et obligatoire.

Signaler la situation précaire des médecins mobilisés et demander pour eux justice et répa-

ration, suffit pour le moment à notre activité.

Nous étions partis, gonflés d'enthousiasme et d'illusions, pour une guerre très courte, quelque chose comme une période de 28 jours, un peu plus corsée. Chacun de nous était prêt pour les sacrifices nécessaires.

Habillés en officiers, en sous-officiers, simples soldats ou méprisables péquins, nous étions tous également docteurs en médecine. Notre métier commun était de soigner les blessés, de les soulager et de les guérir.

S'il s'en trouva it parmi nous dont la manche était ornée de galons, eh bien ! tant mieux pour eux. C'étaient des malins prévoyants. Ils allaient toucher une solde et jouir d'avantages matériels et moraux refusés à leurs confrères non gradés. Par une espèce de justice immanente, ils recevaient la légitime récompense d'héroïques périodes de 28 jours accomplies avec le plus grand courage.

Mais nos prévisions et celles des Etats-Majors sur la durée de la guerre ne furent pas confirmées par les événements.

Nous avons déjà fait 48 fois nos 28 jours, et ce n'est pas fini ; 48 périodes consécutives ne nous ont pas donné l'avancement qu'en temps de paix l'on obtenait avec deux ou trois à peine.

Mais peut-être n'avons-nous pas supporté les lourds sacrifices matériels et les fatigues, et connu les dangers auxquels furent exposés pendant les manœuvres, les médecins fonctionnaires du service de santé et les bénévoles de la réserve et de la territoriale !

Voilà donc les médecins civils mobilisés (18.000 sur 20.000 praticiens exerçant en France), assurant avec le concours de deux milliers à peine de leurs confrères militaires, le service médical de l'armée française tout entière.

Ces civils, dont l'instruction technique ne coûta rien à l'armée, ces civils que seuls peut-être la guerre a trouvés tout prêts (car en tout temps, à l'arrière comme à l'avant, ils font toujours la même besogne utile) ces civils, on n'a eu qu'à les prendre. On les a pris. Il ne pouvait en être autrement. L'armée qui a tout improvisé : les soldats, les officiers et les spécialistes, ne pouvait pas improviser des médecins. Ils étaient là 20.000 à qui l'on pouvait faire appel en toute sécurité, sans se *préoccuper de hiérarchie vestimentaire.* Ils savaient tous leur métier.

On en a pris 18.000 qui ne furent pas tous habillés de façon identique, mais qui tous, accomplissent avec dévouement et compétence une identique besogne : soigner les malades et les blessés.

Ceux qui n'avaient pas de galons, et qui en ont encore peu, ne furent pas inférieurs à leurs pairs multigalonnés de l'active et de la réserve.

Ils ne rendirent pas moins de services. Cependant, ils furent beaucoup moins rémunérés. Déjà vieux et chargés de famille, ils furent moins rémunérés que des confrères célibataires et beaucoup plus jeunes qu'eux.

Depuis quatre ans qu'ils ont été privés de leur gagne-pain sans qu'aient diminué, bien au contraire, leurs charges de famille, après avoir épuisé leurs pauvres économies, ils vivent misérablement avec des maigres traitements de sous-lieutenants, des traitements que l'Etat donne à ses fonctionnaires, tout au début de leur carrière.

Et voyez l'injustice, la criante injustice dont les médecins mobilisés sont les victimes ! Ce même Etat qui nous affame littéralement, continue à servir à ses fonctionnaires, quel que soit leur grade ou leur emploi dans l'Armée, leur traitement du temps de paix. Il les fait bénéficier de leur droit à l'avancement. Il leur donne les moyens d'assurer la vie de leur famille, avec des traitements en rapport avec leurs années de service, avec leur âge et leurs charges pourrait-on dire.

Les fonctionnaires ne sont pourtant pas, comme les médecins, entrés dans la guerre avec une compétence spéciale *immédiatement* utilisable.

Est-il besoin d'affirmer que ces critiques ne nous sont nullement dictées par un mesquin esprit de jalousie ?

Nous comparons tout simplement, pour la démonstration de notre thèse, la situation sacrifiée à celle des autres, et nous demandons un nivellement par en haut.

L'Etat a des fonctionnaires parmi les médecins. Ce sont les médecins de carrière ; ce sont les médecins des hôpitaux et les agrégés à qui, sans aucune raison qui ne serait une injure gratuite à la compétence des autres médecins, il octroya d'un seul coup, trois et quatre galons.

A nous dont l'éducation professionnelle ne lui coûta pas un centime et qui ne bénéficierons d'aucune retraite, à nous dont le métier n'était pas de faire la guerre et qui la faisons depuis quatre ans, l'Etat ne doit-il pas les mêmes avantages qu'il accorde à nos confrères de l'active en nous répartissant d'après notre âge et nos charges de famille ?

Nous ne croyons pas qu'il y ait une autre corporation dont les intérêts aient été aussi lésés que les nôtres par la guerre.

Les paysans n'ont pas perdu leur terre dont



la culture fut assurée — péniblement il est vrai, mais assurée — par leurs enfants, leur femme et les vieux parents.

Les propriétaires, sacro-saints, pourront toucher le loyer de maisons qui ne furent pas toujours habitées, et pour les dédommager d'*un moindre profit*, l'Etat leur a promis un milliard qu'il prendra sur les contribuables.

Les marchands n'ont pas fermé boutique. Leurs femmes ou leurs belles-mères ont pu continuer le lucratif commerce, qui, sous l'étendard commode du renchérissement des denrées, leur permet de s'enrichir au détriment de ceux qui ne vendent rien.

Les grandes compagnies ont gardé ou repris leur personnel, et continuent à rançonner l'Etat et les particuliers.

Les usiniers ont été rendus à leurs affaires avec leurs ingénieurs et leurs ouvriers, qui sont redevenus des civils au service des employeurs qui les paient.

Les ouvriers gagnent des salaires supérieurs à la solde des médecins mobilisés.

Quant aux patrons, l'Etat les a libérés en leur disant :

« Enrichissez-vous ». Il leur fournit gratuitement des médecins mobilisés pour soigner leurs ouvriers accidentés du travail. Au lieu de militariser toute l'industrie de guerre, comme on l'a fait en Amérique et en Angleterre, au lieu de militariser leurs usines avec tout leur personnel, puisqu'elles sont un organisme de guerre, l'Etat a rendu les patrons à la vie civile en leur fournissant des ouvriers démobilisés et privés du droit de marchander leur travail. Il leur donne ainsi tout loisir de lui vendre, avec des bénéfices scandaleux et sans risques, des munitions dont il assure l'écoulement régulier et fournit les matières premières.

Si nous avions demandé, nous médecins, le même traitement, c'est-à-dire la mise en sursis, avec la reprise de nos domestiques mobilisés, le droit de faire de la clientèle, *et la rétribution à la visite par soldat malade ou blessé*, l'on nous aurait, avec raison, traités d'insensés et de mauvais français. Et pourtant, la logique...

***

Les médecins sont des techniciens indispensables et non remplaçables. Leur besogne ne peut être assurée ni par leur domestique, ni par leur femme, ni par leur belle-mère. Quand la mobilisation les prend, elle les prend tout entiers. Leur capital et leur revenu sont en eux ; ils les emportent avec eux à l'armée, les mettant complètement au service de l'Etat, et ne laissant à leur famille que les maigres économies vite épuisées.

Eh bien, puisque le médecin n'est ni propriétaire, ni ouvrier, ni patron, ni marchand, puisqu'il ne jouit, dans la guerre, d'aucun des avantages attachés à ces professions, qu'on le traite donc comme un fonctionnaire, ainsi qu'on le fait pour ses confrères de l'active.

Et alors, à compétence égale, à besogne identique, que tous les docteurs en médecine aient des traitement réglés par leur âge, et par leur charges de famille.

***

Un de nos confrères députés, dans le dessein très louable de sauvegarder les intérêts des médecins mobilisés, nous avait dit son intention de déposer un projet de loi ayant pour but « d'interdire aux médecins mobilisés dans une localité, le droit de s'y installer après la guerre. »

Nous n'avons pas cru devoir suivre notre confrère législateur dans cette voie, jugeant très dangereux de demander nous-mêmes une limitation des prérogatives attachées au diplôme de docteur en médecine, dont la première est de pouvoir exercer sur toute l'étendue du territoire.

Tout le monde *sait que les médecins mobilisés dans une localité n'ont pas le droit d'y faire de la clientèle*. S'ils en font en fraude, c'est à leurs risques et périls. L'autorité militaire est assez armée pour les en empêcher en les frappant individuellement, chacun n'étant responsable que de ses actes.

Mais il ne saurait venir à l'esprit des médecins assemblés dans l'Union, après la grande catastrophe de la guerre et les bouleversements qu'elle aura mis dans la vie et les affaires de quelques-uns, de les frapper d'interdiction de séjour pour une partie quelconque du pays de France. Voyons : Un vieux médecin de la territoriale dont le pays fut dévasté, dont la maison est rasée, est envoyé, de par son âge, dans une ville de l'intérieur.

Il trouve l'occasion d'y caser son fils ; il y marie sa fille ; son ancien foyer est détruit, l'idée lui vient petit à petit de se refaire une vie, après la guerre, dans cette ville où ses enfants sont établis ; dans cette ville où le climat lui paraît favorable à sa santé, dont les rues et les monuments lui sont devenus familiers. Des médecins y sont morts depuis le début des hostilités, laissant des places vides. *Il n'a pas fait, lui, de clientèle civile durant son incorporation*. Aurez-vous

✦✦

le courage de le chasser loin des siens ? Pour quelle faute ? Et de quel droit ?

Un autre, dont la clientèle fut prise par un médecin non mobilisable ou non mobilisé, se voit dans l'obligation, pour vivre, d'aller planter sa tente ailleurs. Ou ira-t-il ? Tout ce qui n'est pas le petit coin de terre où il a peiné si longtemps, représente pour lui l'incertitude et l'hostilité de l'inconnu. Il est cependant une ville où habite un parent dévoué qui, la mère étant morte pendant que le père était aux armées, voulut bien recueillir ses enfants et leur donner asile. Ce médecin, en vertu de son âge, a pu se faire relever et donner une affectation dans la ville où sont ses enfants.

Peut-être après la guerre, et grâce au concours de ce parent dévoué, pourra-t-il se refaire une vie dans cette ville où des médecins ont disparu, dans cette ville où, respectant les règlements militaires, il ne fit jamais de clientèle. L'obligerez-vous, ce déraciné, ce naufragé qui pensait avoir trouvé la planche de salut, l'obligerez-vous à s'en aller loin de la main fraternelle qu'on lui tendait ? Les exemples sont légion de situations lamentables qu'aggraverait la mesure préconisée par notre confrère député.

Cependant, il est des médecins mobilisés que l'autorité militaire envoie officiellement dans des petites localités, privées de médecins, pour y donner des soins gratuits à la population civile.

A ce propos, qu'il nous soit permis d'élever la protestation la plus indignée contre une mesure qui tend à mettre les médecins militarisés au service d'intérêts privés, en les obligeant, pour 240 francs par mois, à soigner gratuitement la nuit comme le jour, *les riches* aussi bien que les pauvres. Ne pourrait-on pas leur permettre de se faire rétribuer en leur demandant de verser la moitié de leurs honoraires à la « Caisse d'assistance médicale de guerre ? »

En retour, à ces médecins qui exercent la médecine civile, avec un mandat de l'Etat, et qui exercent dans un petit coin où normalement ils ne pourraient rester, après la guerre, qu'en prenant la place d'un autre, à ceux-là, l'Etat peut et doit appliquer un statut particulier ; faute de quoi, le détournement de clientèle serait ici flagrant qui s'effectuerait avec la complicité des pouvoirs publics.

***

Il nous reste à tirer les conclusions qui s'imposent après l'impartial exposé des faits.

Par l'organe officiel et légal de notre grande association corporative, l'Union des syndicats médicaux de France, respectueusement, et pénétrés de l'esprit de discipline comme il convient à des soldats sous les armes, à de vrais soldats qui furent toujours un exemple de courage, de dévouement et de sacrifice, les médecins mobilisés demandent :

1° *Que dans le service de santé autonome soit supprimée entre les docteurs en médecine la hiérarchie artificielle des galons, et que soient institués seulement des emplois ou des fonctions conférés par lettre de service d'après les aptitudes professionnelles ou administratives.*

2° Qu'à travail identique, à compétence égale reconnue par l'unique diplôme de docteur en médecine, les médecins mobilisés soient rétribués comme leurs confrères de l'active, conformément à leur âge et à leurs charges de famille.

3° Que les médecins mobilisés chargés de donner des soins à la population civile soient autorisés à se faire honorer *par les clients aisés* sous réserve de verser la moitié des honoraires à la « Caisse médicale des secours de guerre » avec l'engagement de ne pas s'installer dans la localité à la fin des hostilités.

4° Que la relève soit appliquée intégralement selon le principe « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière. » Dr CAMPINCHI.

La solde des médecins mobilisés

A la date du 27 mars, le ministre de la Guerre répond à notre confrère, M. le Dr Doizy, président de la Commission de l'Hygiène publique :

Vous avez bien voulu attirer mon attention sur la situation des médecins aides-majors de 1re classe, en demandant de porter à 542 frs le supplément de solde de 360 frs, qui a été attribué par le Décret du 15 février 1918, aux lieutenants et assimilés.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les médecins aides-majors ne peuvent bénéficier, à compter du 1er juillet 1917, d'un autre relèvement que celui consenti uniformément, en conformité des intentions du Parlement, à tous les officiers et assimilés du grade de lieutenant, soit 360 frs.

Des dispositions sont à l'étude en vue d'accorder aux intéressés un nouveau relèvement, dont l'effet remontera au 1er janvier 1918 (1).

Agréez, Monsieur le Député, etc.

(1) Le décret a paru à l'*Officiel* du 25 avril. Si nous sommes bien informés, le relèvement de la solde des lieutenants et sous-lieutenants serait de 90 fr. par mois, celui des capitaines de 75 fr.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La gastro-entérite infantile

On a coutume de reconnaître trois formes à la gastro-entérite infantile ;

1° Dyspepsie gastro-intestinale, légère, banale.

2° Forme fébrile, pryrétique ou typhique (Ball).

3° Forme cholérique.

De la première et de la troisième, nous ne dirons rien. Dans la pratique, on ne nous appelle habituellement pas et l'enfant guérit seul, dans le premier cas.

La marche foudroyante (ou presque) de la forme cholérique nous permet, trop rarement, d'entamer la lutte !

A. Le traitement préventif réside, tout entier, dans l'*hygiène alimentaire*. (Quel immense service rendraient les diverses Croix-Rouges de faire pénétrer patiemment et inlassablement — à la ville comme à la campagne — les notions si méconnues de l'hygiène alimentaire des enfants du 1er et du second âge !)

B. Le traitement curatif : Peu souvent, le praticien a été appelé le premier jour. Déjà lavements et purgatifs variés ont été administrés... Suppression radicale de toute alimentation (même et surtout du lait, celui de la mère ou de la nourrice y compris) pendant 24 heures. Chaque 1/2 heure (plutôt que toutes les heures) donner à boire (*sauf sommeil que l'entourage ne devra pas confondre avec de l'abattement*) de 1 à 4 cuillerées d'Eau de Vals (La Reine) ou d'eau bouillie, légèrement vanillée. Le riz, le maïs grillé, l'orge, l'avoine (de cette dernière user moins facilement que des céréales précédemment citées) auront pu bouillir avec l'eau. Y ajouter 50 gr. de sucre par litre.

Bain salé, matin et soir, à 36° et 5 minutes seulement. Friction à l'eau de Cologne, à l'eau-de-vie camphrée ou de lavande (très usitée dans le sud-ouest) ou plus simplement au rhum du commerce.

Après 36 heures de ce régime, *suivant l'examen de la courbe de température, des selles, des urines* (se faire présenter les couches), *de la fréquence plus ou moins grande des vomissements, du nombre des garde-robes,* on pourra établir une diététique et un traitement médicamenteux.

DIÉTÉTIQUE : Il y a, croyons-nous, avantage à alterner « le bouillon de MÉRY, la « décoction de COMBY » et la soupe de Malt de SEVESTRE. »

Nous rappelons les formules de ces préparations :

Bouillon de Méry

Carottes...........	} ãã 65 gr.
Pommes de terre........	
Navets..............	} ãã 25 gr.
Pois..............	
Eau..............	1 litre.

Ebullition : 4 heures en marmite close.

Décoction de Comby

Blé..............	} 30 gr.
Orge perlé.	
Maïs concassé	
Haricots blancs secs.. ..	
Pois secs..............	
Lentilles..............	
Eau..............	3 litres.

Ebullition : 3 heures en marmite ouverte.

Soupe de Malt de Sevestre

Eau bouillie..............	2/3
Lait..............	1/3
Farine gruau..............	120 gr.
Sucre..............	25 gr.

Après ébullition et refroidissement. Ajouter.

Malt..............	1 cuil. à café.

Nous ajoutons volontiers 3 à 5 gr. de sel à chacune de ces préparations.

Notons, en passant, que la soupe de Malt de Sevestre est un acheminement vers le régime lacté et est un aliment du début de la convalescence.

Dès que les selles s'améliorent, on peut incorporer dans les préparations ci-dessus, de la farine de riz, d'avoine, de châtaigne.

Il est également d'observation clinique que le mélange des farines est mieux toléré que l'une des farines prises isolément : tâtonner pour la dose en coupage.

Ne revenir au lait (utiliser de préférence les laits au Képhyr ou le lait Lepelletier) que très progressivement.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX : Lyon, cité par Ball, ramène le traitement à « *une baignoire, du sel, une seringue et de l'eau.* »

Injections hypodermiques de sérum artificiel, d'eau de mer (5 cc. par kilog du poids de l'enfant), injections de sérum caféiné :

Eau, non distillée, stérilisée	300 gr.
Chlorure de sodium.......	2 gr. 10 cgr.
Benzoate de caféïne.......	0.75 cgr.

(MARFAN.)

(5 à 60 gr. p. d. suivant le poids.)

L'*huile camphrée* ne saurait trop être utilisée, aux doses de 2 à 5 cc. par jour.

COMME DÉSINFECTANTS : 1° Le calomel, à doses pilées (diarrhée aqueuse, abondante, ventre mou : BALL, 0,05 centigr. en cinq paquets (associé au lactose) : 1 paquet par heure.

2° L'acide lactique. 0,50 cgr., 1 gr., 2 gr. (suivant l'âge.)
dans sirop de coings. 20 gr.
Eau........... 60 gr.
A prendre en 48 heures. (BÉZY.)

3° Les ferments lactiques.

Comme astringents : Toutes les 3 heures, 1 paquet de

Tannate d'albumine... 0 gr. 10
dans 1 cuillerée d'eau sucrée.

(Dr J. RENAULT, Annexe Grancher.)

Associer le traitement, aux lavements de tanin (utiliser sonde de Nélaton 13 ou 14) :

Tanin................ 0,20 cgr.
Eau.................. 120 gr.

Dr MOLINÉRY (de Barèges.)

CORRESPONDANCE

A propos de la hiérarchie et de l'avancement des médecins militaires de complément.

D'abord tous mes remerciements pour l'envoi régulier de votre excellent journal que l'on m'envoie régulièrement de Paris ici et que je lis toujours avec un si vif plaisir. Les praticiens civils et mobilisés ont en lui un juste et talentueux défenseur. Comme tous mes confrères mobilisés, j'ai lu avec un vif intérêt les articles que vous avez consacrés à l'organisation et aux défauts du Service de Santé. Théoriquement vos idées sur la refonte du Service de Santé (grades et appellations) tendant à donner aux médecins plus d'autonomie et par cela même plus d'autorité, me paraissent excellentes ; j'y souscris très volontiers. Pratiquement je crains que vos vues ne soient trop vastes et que leur ampleur même ne gêne leur réalisation, car elles demandent une refonte complète du Service de Santé, œuvre de longue haleine, difficile à faire en pleine guerre. Je répète d'ailleurs que vos idées sont fort justes.

A mon sens, ce qu'il faut faire de suite, c'est ne pas laisser le médecin civil mobilisé dans une situation trop inférieure par rapport au médecin

militaire de carrière de même âge — ce qui existe actuellement — pour cela un seul moyen qui, je crois, ralliera tous les suffrages : faire entrer en ligne de compte les années de pratique civile pour le grade, par exemple :

Etudiants en fin d'étude ou 2 ans de pratique : un galon.

Docteurs comptant 5 ans de pratique : deux galons.

Docteurs comptant 10 ans de pratique : trois galons.

Docteurs comptant 15 ans de pratique : quatre galons, etc. Ceci n'est qu'une indication, qu'un schéma qui serait à étudier de près. Mais le principe est là ; bien entendu, on pourrait décompter comme années de pratique certains titres obtenus au concours ou par examens sérieux, (interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique, etc., etc.).

Je crois d'ailleurs que cela se fait ainsi dans presque toutes — si ce n'est toutes — les armées alliées... ou ennemies. On pourrait demander de suite cette réforme au Dr Mourier, notre nouveau Sous-Secrétaire d'Etat ; elle est urgente et bouleverserait peut-être moins les habitudes un peu archaïques du Service de Santé que la vôtre qui est très vaste. Elle remédierait de suite à la situation ridicule qui est faite aux médecins aide-majors de 1re classe de 40 à 45 ans, docteurs en médecine depuis 10 ou 15 ans : des étudiants en médecine à 12 inscriptions âgés de 25 ans, ont le même grade qu'eux.

C'est parfaitement ridicule et injuste. Je trouve fort bien que l'on fasse accéder les étudiants en médecine dans de certaines conditions au grade d'officier, d'aide-major, mais alors par réciprocité, que les docteurs en médecine, exerçant depuis au moins 10 ans et déjà officiers, aient de droit leur troisième galon sans proposition, ni piston à la clef.

Encore toutes mes félicitations pour votre excellent journal si dévoué aux intérêts des médecins et qui mène si fortement le bon combat.

Réponse.

Nous souscrivons très volontiers à votre intéressante proposition qui n'est qu'un acheminement vers la réalisation de nos idées. Nous savons très bien que notre réforme ne peut être tentée pendant la guerre. Mais nous tenons à planter des jalons afin d'amorcer dès maintenant la discussion.

Chacun à sa place.

Lecteur assidu de votre si estimable journal, reçu dans ma famille de père en fils, je me fais

un devoir de vous signaler certains faits relatifs à l'affectation de collègues jeunes. Je suis de ceux qui n'admettent guère les plaintes, jérémiades et lamentations en temps de guerre. J'estime que chacun doit faire son devoir, à son poste, jusqu'au jour où cessera ce carnage épouvantable.

J'ai 35 ans et j'ai toujours fait fonction de médecin de régiment (artillerie ou infanterie) depuis août 1914. Je ne me plains pas outre mesure de mon sort, étant encore parmi les vivants.

Mais, comme beaucoup d'autres collègues, j'ai eu souvent l'occasion de me rendre compte que certains jeunes occupaient des postes de faveur. En décembre 1917, je suis resté pendant une vingtaine de jours à la réserve de personnel de X... Durant cette période, il est passé trois médecins de l'active (pas un de plus) dont je tiens à vous signaler les affectations.

1° M. A. M. de 1re classe A., âgé de 32 ans environ, désigné pour une voiture radiologique.

2° M. A. M. de 1re classe B., âgé de 32 ans environ, affecté à une infirmerie d'étapes.

3° M.-Major de 2e classe C., 34 ans environ, affecté à une ambulance.

Inutile de vous adresser le moindre commentaire à ce sujet. Il me semble que les jeunes toubibs, qui ont choisi la carrière militaire, ne devraient pas être ailleurs que dans les régiments d'infanterie. Naturellement, les médecins de l'active, ayant dépassé la quarantaine, et fatigués, ont droit à quelques égards et à des postes de repos.

J'ai tenu à vous renseigner sur de pareils faits, inadmissibles à la 4e année de guerre. Il faut espérer que M. le Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé mettra sans tarder bon ordre à tout cela.

Je reconnais que grand nombre de médecins de l'active ont fait plus que leur devoir, et certains sont morts glorieusement au champ d'honneur.

Dr M.

Les affectations, fonctions de l'âge

Vieil abonné du *Concours*, je me permets et m'en excuse, de venir vous importuner en vous demandant de me renseigner sur le point suivant : S'occupe-t-on au Ministère de la relève et de l'affectation à l'intérieur des médecins de complément R. A. T. c'est-à-dire ayant 42 ans accomplis et en est-on *toujours à la classe 91* ou 92 ?

Vous concevez que, lorsque l'on a comme moi 43 ans, plus de 30 mois de front (régiment, ambulance divisionnaire, etc.), on serait heureux d'avoir des précisions à ce sujet.

De plus, j'ajouterai que, comme nombre de confrères dont j'ai lu la correspondance dans le

Concours, nous voudrions bien qu'en attendant cette mesure, une circulaire *impérative* prescrivit de nous affecter dans la zone des étapes : aucune nécessité, dite du service, ne devrait pouvoir s'y opposer, et c'est l'esprit de la loi Mourier ; je me place au point de vue général car je suis *actuellement* dans les étapes.

Pardon, encore une fois, de vous importuner mais on est si isolé qu'on se tourne volontiers vers vous qui avez si souvent pris la défense de vos confrères et stimulé le zèle de nos représentants au Parlement.

Dr P...

Réponse

Différentes déclarations ministérielles nous ont appris que la relève des vieilles classes de médecins, jusqu'à la classe 1892, est en cours d'exécution. Mais il ne nous a pas été possible de savoir où en sont exactement ces opérations de relève.

Nous souhaitons comme vous, et nous l'avons demandé de nouveau au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, que sa formule soit intégralement réaliséee et que les vieux soient placés à l'arrière tandis que les jeunes iront à l'avant, et ce sera justice.

Les affectations des médecins de l'intérieur

Tous les bons esprits estiment qu'il faut aider le pays à traverser l'effroyable perturbation qu'est la guerre avec le *minimum de souffrance et le maximum de rendement.*

Il y a des moyens efficaces pour cela. L'un d'eux est, sans contredit, celui qui règle les affectations des militaires de l'intérieur.

Il faut que l'individu comme la famille dépense le moins possible pour subsister. C'est faisable, tout particulièrement pour les médecins dont l'Art peut s'exercer partout, qu'ils soient ici ou là. Alors, pourquoi affecter à Bordeaux un médecin de Bayonne et réciproquement ? Il existe, il est vrai, dans le réglement, un article qui veut que les officiers ne soient pas affectés chez eux. Mais, ce réglement a été combiné pour les officiers de l'armée active et pour le temps de paix. Ces officiers, en entrant à l'armée, y ont adapté leur vie économique. Il n'en saurait être de même pour des territoriaux et pour le temps de guerre. Les conditions ne sont pas les mêmes. Il appartient au Pouvoir de le reconnaître et d'agir en conséquence.

Songe-t-on qu'un médecin de territoriale affecté loin de sa résidence fait double dépense : il a deux feux et deux lumières, ce qui n'est guère économique ?

Songe-t-on aussi qu'il a, en même temps, des

ressources minimes puisqu'il n'a que sa solde (d'aide-major, généralement) pour subvenir à ces deux feux, car il lui est interdit de percevoir des honoraires ? Songe-t-on qu'il vit séparé de sa famille ? Car, comment emmener une famille entière loin de chez elle, dans des logements de hasard ? Et le médecin souffre de tout cela, il est déprimé et, forcément, le rendement professionnel est moindre qu'il ne l'eût été s'il avait pu vivre chez lui, dans l'atmosphère connue.

Mais il y a plus. Beaucoup de médecins de province sont agriculteurs. Si vous les affectez loin de leur résidence habituelle, ils perdent contact avec l'exploitation agricole qu'ils dirigeaient et celle-ci périclite, au grand dam de l'intérêt général.

La directive de la guerre doit être de la gagner avec le minimum de frais généraux.

Les frais généraux de la Nation seront diminués si on crée une organisation d'ensemble dans ce sens. Combiner les emplois et la résidence des citoyens mobilisés à l'Intérieur de façon à ce que ceux-ci puissent s'occuper de leurs affaires privées et faire le moins de dépense possible en vivant avec leurs familles, est de bonne administration. C'est aussi de bonne guerre, du bon esprit de guerre.

Il semble, d'ailleurs, que notre Gouvernement soit sur cette bonne voie puisque, à propos des officiers que vont atteindre les mesures relatives au rajeunissement des cadres, il a rédigé une circulaire recommandant en particulier de « *tenir le plus grand compte des préférences de ces officiers* pour les emplois à leur confier (à l'intérieur) et LE CHOIX DE LEURS RÉSIDENCES. »

Nous demandons que cette prescription soit appliquée aux 7676 médecins mobilisés à l'intérieur et à ceux que leur âge y fera mobiliser ultérieurement.

X...

Chacun à sa place ?... Jugez-en ! !

Le *Concours* dont je suis un fidèle abonné est le seul organe qui s'occupe des médecins de complément. Nombreux sont ceux qui viennent y raconter leur histoire — c'est ce que je viens faire aujourd'hui.

Je suis retourné au front en novembre 1917. Mes 40 ans, 3 enfants, l'absence de relève, m'ont valu 2 ans d'intérieur, sans avoir fait aucune démarche. Mais, en arrivant au front, on m'a dit : « Nous vous *tenons maintenant*..... d'abord, un an de régiment d'infanterie suivant la loi — Mais je suis parmi les vieilles classes : 1895 ! — Au front, on ne compte pas les 3 enfants ». — 40 ans, cela fait classe 98 au front — 95 à l'intérieur — Distinction subtile.

— « Mais je suis envoyé comme chef d'équipe chirurgicale par le ministère » — Pas d'explica-

tions ! ...e Régiment d'infanterie », à la place d'un médecin de l'active *qui, en tout, a fait* 3 *semaines d'infanterie.*

Or, en ce moment, on manque de chirurgiens. Ecoutez plutôt la circulaire du 3 mars 1918, n° 6818. « Les demandes en personnel chirurgical de renfort dépassent de beaucoup les disponibilités... » On conseille de « dédoubler les équipes dont les *aides* deviendront chefs d'équipe... »

Qu'on ne me parle pas de compétence. A Paris j'ai été l'assistant de L.. un an ; à S.. pendant 10 ans, je faisais toute la grande chirurgie de la région. Enfin et surtout, je suis couvert de l'*autorité de deux chirurgiens des hôpitaux* agrégés, S... et C..., qui réclament pour moi, à l'armée, la place de chef d'équipe, S... et C... ne sont pas suspects d'incompétence chirurgicale, j'imagine.

D'autre part, *je suis chef d'équipe* depuis la formation de ces équipes ; pendant 18 mois, j'ai rempli les fonctions de chirurgien de place — avec la surveillance de 600 grands blessés. J'ai pratiqué *1500 opérations* depuis le début de la campagne. *Et mon dernier chirurgien de secteur m'a affirmé que si on lui demandait son avis, il* me classait dans les équipes A — (mais on ne tient aucun compte des techniciens).

On m'a reproché de n'avoir rien publié. Beaucoup sont dans mon cas. Mais j'ai plusieurs opérations intéressantes ; je me propose de les publier.

Je vous adresse l'exposé d'une opération que j'ai pratiquée en 1916, et à ce moment, il n'y avait eu que 3 publications de ce genre. Depuis, une quinzaine de cas ont été signalés. Vous en ferez ce que vous voudrez.

En tout cas, je tenais à vous signaler mon exemple, afin de vous donner des documents dans vos réclamations.

Vous n'y pouvez rien, je le sais, mais vous jugerez combien est profond le fossé qui sépare le front de l'arrière. Pendant 3 ans, on me confie les postes chirurgicaux les plus délicats. Mes chefs techniques trouvent, c'est l'expression du dernier d'entre eux, « que mon service est un des mieux tenus de la région ». Le ministère me désigne comme chef d'équipe et, en ce moment, où on en manque, on me met à soigner des gales ! !

Dr B.

Réponse

Nous pouvons signaler votre cas — par la voie de notre journal. Nous savons qu'il est lu en tout lieu. Et nous comptons qu'au sous-secrétariat, on ne manquera pas de s'émouvoir d'un pareil deni de justice, et qu'on donnera des ordres pour que les confrères de votre catégorie soient mis à leur place.

Demandes et Offres (*Suite*)

N° 37. — Pour cause de santé à céder très bon poste médical dans chef lieu de canton Sud est.

—

N° 38. — Etudiante en médecine, tous examens passés, sauf thèse, désirerait situation dans sanatorium, maison de santé, clinique ou dispensaire.

Petite correspondance

Dr J., à *Concours*. — Abonné d'avant la guerre et encore actuellement au *Concours médical*, je vous prie de bien vouloir me donner les renseignements suivants, si toutefois vous le pouvez :

Les municipalités de mon canton où je suis seul médecin, ont fait une demande au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé pour que je sois mis en sursis d'appel ou en congé sans solde, afin de soigner la population civile qui est obligée de faire appel à des médecins distants de 10 à 12 kilomètres.

Ces municipalités désireraient que je fasse de mon côté la même demande.

Aurai-je des chances de réussir. Je suis de la classe 1892, catégorisé 1890 (2 enfants). Aide-major de 2e classe. Relevé du front en janvier 1918, après deux ans aux Armées.

Pouvait-on affecter un autre médecin pour cette clientèle qui avant la guerre était faite par moi ?

Réponse. — D'après la réglementation en vigueur, seuls peuvent obtenir leur mise en congé sans solde les médecins des classes 1887 et plus anciennes, ou ramenés à ces classes par le nombre de leurs enfants.

Tel n'est pas votre cas. Tout au plus pourrez-vous obtenir d'être mis à la disposition de la population civile de votre résidence du temps de paix, comme mobilisé. Et encore, il faudrait que vous soyez très appuyé.

Si votre état de santé n'est pas parfait, vous pourriez chercher à être mis hors cadres pour raison de santé.

Dr F., à *Concours*. — 3 ans de front, chasseurs à pied et génie, actuellement dans une réserve de personnel, suivant depuis 3 mois les cours de perfectionnement, je voudrais en sortant

Suite page XXIV.

La Bibliothèque et la Librairie du « Concours Médical »

BROCHURES DIVERSES

L'Impôt sur le revenu : *Son application au revenu de la profession médicale*, par J. Dumesny, secrétaire de la direction du *Concours Médical*. Prix franco : o fr. 5o.

Le Service médical des Mutualités : Ses défectuosités ; le peu de garanties qu'il offre aux Sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins, par le Dr Vimont. — Prix franco : o fr. 25 (par cent. : 10 fr.).

Les honoraires medico-légaux et l'exercice de la médecine légale, par le Dr Lande. Franco, o fr. 25.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, Conseil judiciaire du « Sou médical » Prix : 10 fr. franco.

Statuts-types d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles et **Comment doit naître et vivre un Syndicat médical.** Les deux plaquettes Prix : o fr. 10, franco.

Vade-mecum du médecin dans ses interventions pour les accidents du travail régis par les lois de 1898-1902-1905 et contenant le Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et les tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr G. Duchesne ; revu et augmenté par J. Dumesny. Prix : franco : 2 fr. 5o.

Les accidents du travail. Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants droit, par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : o fr. 15 franco.

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr Diverneresse. Prix : 1 fr. franco.

Les bureaux d'hygiène, par le Dr Courgey. Prix : o fr. 5o franco.

Guide pratique de l'ouvrier victime d'un accident du travail, par MM. Bagnol et Tabary, Prix : o fr. 25 franco.

Les Médecins et la Mutualité, par le Dr Pierre Darin. Prix : 1 fr. franco.

Petit code juridique et technique à l'usage des propharmaciens, par le Dr G. Duchesne. Prix : franco o fr. 25.

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les **accidents du travail.** Franco, o fr. 5o.

Tarif spécial minimum raisonné des honoraires médicaux (ancien tarif Jeanne refondu et augmenté), vol. de 212 pages in-12 relié, franco 3 fr.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 5o	3 fr. »»	Les 5oo	21 fr. »»
Le 100	4 fr. 5o	Les 1000	40 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 5o 7 fr., le cent, 12 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 3 fr. 5o les 5o, et 6 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 3 fr. 5o les 5o et 6 fr. le cent.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du **Tarif** Jeanne Les 5o, 3 fr. ; le cent, 4 fr. 5o ; les 5oo, 21 fr. ; le 1000, 40 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER Administrateur du « Concours Médical », 132, faubourg St-Denis, PARIS

L'H. O. E.

Un des rouages les plus importants du Service de Santé sur le front des armées. Véritable gouffre pour *le bois* et le *papier rubéroïde*, c'est une machine à grand rendement, née de la guerre.

Sorte de ville nouvelle, surgie de terre en quelques jours souvent, comme ses aînées, elle possède sa *porte principale* plus ou moins somptueuse.

Là, c'est un superbe *arc de triomphe* qui fait songer aux comices agricoles du temps de paix, plus loin ce sera une simple *banderole* aux couleurs variées, mais toujours un écriteau de dimensions respectables « *Entrée* » indique à l'ignorant la direction qu'il doit donner à ses pas.

Vient-on à franchir ce portique, qu'une allée centrale avec parterres de droite et de gauche, s'offre à nos yeux. Des piquets d'une blancheur immaculée, avec un point de rouge au sommet, bordent cette avenue. Grâce au « *Sens unique* », impossible de nous tromper. Nous arrivons à un grand Hall, *le Triage* avec son *Bureau des Entrées*. C'est le nœud vital de l'H. O. E. tant au point de vue administratif que médico-chirurgical.

Du Triage, nous découvrons une nuée de *baraques Santé*, militairement alignées, bien numérotées, bien entretenues ; elles dominent les autres et, oh surprise ! elles possèdent des fenêtres qui ont des vitres. C'est le quartier *des couchés*, bien reconnaissable aux camions verts de l'*autochir*, et à la *voiture radiologique* toujours trépidante et en mal de *radioscopie*. Puis, le quartier des assis, plus étendu et moins somptueux que le précédent.

Là-bas, *Adrian* a repris ses droits, ce sont les demeures de nos *toubibs* ; nous pourrions croire cette région désenchanteresse inhabitée, si, de temps en temps, la raucité d'un phonographe ou quelques brides d'un opéra connu ne parvenaient à nos oreilles. Une blouse blanche s'introduit furtivement dans son home, un képi rouge apparaît à de rares intervalles à l'un des soupiraux, cherchant sans doute la lumière ; aussi *la Baracose* y sévit à l'état endémique.

Plus loin, comme mises à l'écart, sont les baraques des *Dames infirmières*. Les fenêtres sont décorées de rideaux aux couleurs variées et délicieusement chiffonnés. Quelques petites plates-bandes ornaient autrefois l'entrée de leur case, mais en ces temps derniers de *vie chère* et d'économie, de vulgaires légumes ont remplacé avantageusement les fleurs, unique aliment des yeux.

Le visiteur désire-t-il détailler cette petite ville ? Plusieurs modes de locomotion s'offrent à son caprice. De véritables routes en bois ont été créées : *les caillebotis*.

Grâce à eux, nous pourrons circuler par tous les temps sans risquer de nous enliser dans la boue gluante. Des soldats passent leurs journées à réparer les planchettes de ces chemins tortueux. Une ligne d'intérêt local dessert également notre hôpital. Le *petit Decauville*, sans locomotive toutefois, a fait son apparition à la grande joie des *infirmiers d'exploitation*. La voie de 40 est venue au secours du Service de Santé. Poilu blessé, tu n'auras plus à supporter les secousses du brancard ; soupe bienfaisante, tu seras désormais servie à l'heure et intacte. Mais les routes sont praticables et nous partirons pédestrement pour inspecter l'H. O. E.

La Poste, dont deux étiquettes : *Boîte aux lettres* ; *vaguemestre*, ornent la façade ; la *Réserve du matériel sanitaire*, le *Bureau de l'Etat-civil* ne nous arrêteront guère. Puis, voici les *Epaves* où l'on peut venir fouiller. Véritable bric-à-brac, l'on y trouve tout ce que l'on veut ; vêtements d'occasion, armes capables de satisfaire les plus belliqueux, et même des parasites de toutes catégories. *La Pharmacie* se laisse deviner à l'odeur *sui generis* qui l'environne ; superbe d'allure, elle est capable de satisfaire à tous les besoins, pourvu qu'ils se manifestent sous forme de bons timbrés et régulièrement signés.

Les laboratoires avec leurs étuves, leurs micros, leur petite ménagerie, ne peuvent passer inaperçus ; que de microbes ont vu le jour depuis cette guerre ! les infiniment petits se sont multipliés, divisés. Tout y est ensemencé, cultivé, examiné. Les cervelles médicales pourront-elles tenir à pareil surmenage ?

L'*usine électrique* qui, le soir venu, illuminera fériquement toutes les baraques ; la *section automobile sanitaire* aux voitures confortables et bien rangées ; *la section des fourgons* ; *la cavalerie* abritée sous de nombreux hangars ouverts à tous les vents, ne méritent que d'être signalés. Les *cuisines*, avec leurs larges marmites où s'engouffrent des morceaux énormes de viande et des paniers entiers de légumes, occupent un espace *très* respectable.

Dans un coin, *les fours crématoires* fonctionnent jour et nuit, et dont la fumée s'allongeant dans le ciel, fait penser à quelque usine de guerre en pleine activité. Mais quoi ! impossible de continuer notre route, des *fils de fer barbelés* ? serions-nous transportés subitement en première ligne ? C'est tout bonnement l'enceinte de notre ville fortifiée que l'on ne peut franchir sans une autorisation spéciale de Monsieur le médecin-chef.

Ajoutons que quelques amas de terre de ci, de là, semblent délimiter *des fossés* ; la barbarie teutonne a en effet voulu que ceux de la *Convention de Genève* connaissent la *tranchée protectrice*. Cependant, dans le vaste quadrilatère qui délimite l'H. O. E., des *Croix-Rouges* indiquent à l'ennemi que c'est là le temple de la douleur de ceux qui, blessés, ont droit au re-

pos. Visitons également ce petit clos, bien entouré, c'est le *jardin de l'Hôpital* aux allées rectilignes. A la belle saison, l'on y puise à satiété les légumes qui feront la variété des menus des blessés et du personnel hospitalier.

Reléguée dans une partie paisible de notre nouvelle cité, *la Chapelle* n'a pas été oubliée ; elle permettra d'exaucer le dernier désir de ceux qui hélas ! ont donné leur vie pour le plus beau des combats : la défense du sol envahi.

Vous aurait-il plu de parcourir cette bourgade à *Bouriquot* ? En voici venir toute une troupe, les bâts lourdement chargés ; ils se dirigent lentement vers le but qui leur a été assigné, conduits par un vieux territorial, la pipe aux lèvres. Pauvres bêtes inoffensives, vous payez en corvées, votre dette à la patrie.

Mais, fatigué et fourbu, le visiteur est arrivé à la fin de sa longue promenade : *c'est la gare de* l'H. O. E. avec ses voies normales : son quai d'embarquement, ses aiguilles. *Un train sanitaire* sous pression emportera bientôt vers des régions depuis longtemps convoitées, les héros meurtris par cet horrible carnage : la guerre.

De nombreux H. O. E. existent et vivent ainsi au front. Véritables bourgades françaises que les cartes les plus détaillées n'ont pas encore pu mentionner. C'est là qu'une multitude de médecins luttent, souvent jour et nuit, pour guérir ceux qui nous défendent si bravement.

P. S. — A la toute dernière heure, nous apprenons que certains H. O. E. se sont transformés en *Facultés de médecine*..

Dr BÉRANGER.
Ambulance 9/13.
Secteur 77. *Armée d'Italie.*

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

19777. — Question écrite, remise à la présidence de la Chambre, le 31 décembre 1917, par M. Pierre Masse, député, demandant à M. le ministre des finances si un patenté assujetti à la loi du 1er juillet 1916 (bénéfices de guerre), qui avait fondé sa maison le 1er septembre 1911 doit, pour établir son bénéfice normal, prendre la moyenne du produit des 11/12e de son premier exercice qui ont fait un stage dans les hôpitaux, et qui possèdent une inscription de doctorat en médecine non validée à prendre cumulativement la 2e inscription de doctorat, en accordant d'office la validation. (*Question du 26 décembre* 1917).

Réponse. — La première inscription de médecine n'a été accordée aux jeunes gens mobilisés pourvus du certificat de P. C. N. qu'à titre d'indication d'études et avec la réserve expresse qu'ils ne pourraient prendre la seconde qu'après qu'ils auraient régulièrement accompli les stages et travaux pratiques qui correspondent à la première. Il n'est pas possible de tenir compte du stage volontaire, et sans contrôle régulier, qu'un certain nombre d'entre eux ont fait dans les hôpitaux, pendant qu'ils étaient en cours d'études, à la faculté des sciences, en vue du certificat P. C. N. D'autre part, ces jeunes gens étant mobilisés n'ont pas pu participer aux travaux pratiques d'anatomie qui accompagnent la première inscription. Dans ces conditions, le ministre de l'instruction publique ne croit pas devoir prendre la responsabilité de valider d'office, ainsi que le demande l'honorable député, une inscription qui n'a été suivie d'aucune scolarité médicale.

(*J. O.*, du 1er janvier 1918).

19914. — M. Crolard, député, rappelle à M. le ministre de la guerre, la circulaire de novembre 1917 du ministre de l'instruction publique autorisant à prendre des inscriptions dans les facultés et écoles, les médecins auxiliaires sous-aides-majors, pharmaciens auxiliaires évacués pour blessures de guerre ou maladies contractées au front et lui signale qu'il a été répondu par la faculté de Lyon que les demandes formulées par des élèves de l'école de santé militaire ne pouvaient être acceptées parce qu'ils dépendaient du ministère de la guerre, d'où résulterait que si ces étudiants étaient ultérieurement réformés ils auraient perdu du fait de leur qualité d'élèves de l'école de santé militaire un temps précieux pour leurs études. (*Question du 11 janvier* 1918).

Réponse. — Des instructions ont autorisé récemment la faculté de Lyon à admettre, sans en référer au ministre de la guerre, les médecins auxiliaires sous aides-majors, pharmaciens auxiliaires, qui rempliraient les conditions prévues par la circulaire de novembre 1917, à suivre les cours de la faculté.

19915. — M. le marquis de La Ferronnays, député, demande à M. le ministre de la guerre si un militaire, classe 1917, qui, étudiant en médecine avant son incorporation avait obtenu le diplôme P. C. N., peut être autorisé à suivre des cours spéciaux, lui permettant de continuer ses études médicales et, le cas échéant d'être promu au grade de médecin auxiliaire. (*Question du 11 janvier* 1918).

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 22 janvier 1918).

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Nous avons publié les rapports des années 1913, 1914 *et* 1915 *dans les numéros des* 15 *avril*, 15 *juin*, *et* 15 *octobre* 1917.

Nous publions aujourd'hui le rapport sur l'exercice 1916.

Nous prions les membres de la Mutualité Familiale de vouloir bien le conserver.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1916.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, en la forme habituelle, le rapport financier sur l'exercice 1916.

SECTION I

Indemnité maladie-accident.

COMBINAISONS MA ET B.

Au 31 décembre 1915, le nombre des membres était de 1.702 ; au cours de l'année 1916, le Conseil d'Administration a prononcé deux admissions, par contre, nous avons perdu 41 membres, savoir : 23 par décès, 12 par démission, 1 par radiation et 5 par sortie à 65 ans, — de telle sorte qu'au 31 décembre 1916, nous restons 1663 membres, ainsi répartis :

1.271 inscrits à la Combinaison MA.
10 inscrits à la Combinaison 1/2 MA.
374 inscrits à la Combinaison B.
8 inscrits à la Combinaison 1/2 B.
1.663

De nombreux membres n'ont pas versé leurs cotisations, mais d'autre part, un certain nombre se sont remis en règle, de sorte que la situation en 1916 a plutôt été meilleure qu'en 1915. Le service des recouvrements, complètement désorganisé en 1915, a pu reprendre dans une certaine mesure et la correspondance avec les sociétaires est redevenue plus active, ce qui n'a pas été étranger au résultat obtenu.

1° *Compte de l'année* 1916.

Recettes :

Les recettes se sont élevées à la somme de 127.817 fr. 89, savoir :

Cotisations	98.282 »»
Intérêts	13.365 39
Remboursements de valeurs	16.168 30
Versement du compte de gestion	2 20
	127.817 89

Dépenses :

Les dépenses se sont élevées à 96.373 fr. 20.

Elles comportent les indemnités-maladie, soit 97.629 fr. 80, diminuées des remboursements qui ont dû être faits par des sociétaires, soit 1.256 fr. 60.

Balance :

Avoir au 31 décembre 1915 :

Espèces à la Société Générale	12.832 81	16.071 26
Espèces à la Société Française de reports	3.241 45	
Moins dû au trésorier		1.701 55
Reste		14.372 71
Recettes de l'année 1916		127.817 89
Total		142.190 60
Dépenses de l'année 1916		96.373 20
Reste avoir		45.817 40

Dont emploi :

Achats de valeurs		34.052 50
Espèces à la Société générale	11.409 35	13.531 55
Espèces à la Société Française de reports	2.122 20	
		47.584 05
Moins dû au trésorier		1.766.65
Reste égal		45.817 40

2° *Compte général.*

Avoir général au 31 décembre 1915 :

Portefeuille	392.709 10	*407.084 01*
Espèces en banque ou en caisse	*14.374 91*	

Recettes de l'année 1916 :

Cotisations	98.282 » »	111.872 13
Intérêts	13.365 39	
Boni sur remboursement de valeurs (1)	224 74	
Total		518.956 14

Dépenses de l'année 1916 :

Indemnités-maladie		96.373 20
Reste avoir au 31 décembre 1916		422.582 94

Représentés par :

Portefeuille : valeur au 31 décembre 1915	392.709 10	376.765 54
Moins valeurs remboursées (au prix d'achat) (2)	15.943 56	
Plus valeurs achatées en 1916 (3)		34.052 50
		410.818.04
Espèces : à la Société Générale	11.409.35	
à la Société Française de reports	2.122 20	
	13.531 55	11.764 90
Moins dû au Trésorier	1.766 65	
Total égal		422.582 94

(1) Le boni est constitué par la différence entre le prix d'achat et le prix de remboursement.

	Remboursement	Achat
1 obligation Grand Central	489 95	459 60
1 obligation Bourbonnais	490 15	437 34
2 obligations P. L. M. Nouvelles	980 »	929 04
3 obligations Est anciennes	1.488 20	1.397 58
	3.448 30	3 223 56

(2) Obligations de Chemin de fer, 3.223 fr. 56 ; Bons de la Défense nationale, 12.720 fr.

(3) Cinq obligations Est anciennes, 1.712 fr. 50 ; Bons de la Défense Nationale, 32.340 fr.

Petite Correspondance (Suite)

—

dans un mois obtenir l'aptitude restreinte. Quelle est la marche à suivre ?

Que confère exactement comme droits l'aptitude restreinte ?

Réponse. — La C. M. 574 Ci/7 du 20 août 1917 publiée dans le *Concours* du 1er septembre 1917, p. 824, précise les conditions dans lesquelles peut être prononcée l'aptitude restreinte :

« 3° Une fois parvenus à la gare régulatrice, ces officiers (médecins aptes restreints) seront examinés s'il y a lieu, par le médecin-chef de la réserve du personnel. Si un doute s'élève sur l'état de santé d'un officier, celui-ci sera hospitalisé dans les formations sanitaires où le médecin consultant d'armée à son service (ou chirurgien consultant de centre hospitalier). ».

Il nous semble que vous n'avez qu'à demander, au besoin en vous déclarant malade, à ce qu'il vous soit fait application des dispositions de cette circulaire. Ceci étant, vous devrez, si vous êtes reconnu apte restreint, recevoir un emploi correspondant à leur compétence et à leur aptitude. (2° de la même Circul.)

Dr B., à *Concours*. — Ci-joint un mandat de 12 frs pour mon abonnement du *Coucours* à partir du 1er janvier 1917. Vous serez fort aimable de me l'envoyer à N..., où je suis mobilisé.

Vous pourrez annoncer, s'ils ne le savent déjà, à mes bons amis du *Concours* que le mois de janvier m'a apporté une 3e ficelle bien inattendue et que je crois devoir à la campagne du *Concours*. J'étais content de mon sort, et, ne demandant rien, j'ai vu la manne gouvernementale descendre sur mes manches : je l'accepte avec moult de plaisir et je vous remercie.

J'ai lu avec plaisir les numéros qui *ont* paru : il y a eu beaucoup de plaintes probablement légitimes ; comme je n'avais rien à demander je n'avais pas à vous ennuyer de ma prose ; si j'en crois ce que j'ai lu, vous n'avez pas imprimé tout ce que vous avez reçu et j'aurais dépensé du papier inutilement, chose fort regrettable en ces temps de restriction.

Espérons qu'il nous sera donné bientôt de nous retremper au sein du *Concours* pour la bataille syndicale qui pourra après la guerre avoir une acuité dont on ne se méfie pas suffisamment.

Ainsi répartis :

Combinaisons MA et 1/2 MA	249.601 90
Combinaisons B et 1/2 B	172.981 04
	422.582 94

3° *Portefeuille des Combinaisons MA et B.*

	Prix d'achat
29 Obligations Tunisiennes 1892	13.935 06
10 Obligations Tunisiennes 1902	4.500 »
10 Obligations Gouvernement Général de Madagascar	4.637 50
40 Obligations Gouvernement Général de l'Algérie	18.200 »
19 Obligations Département de l'Aude 3,44 %	9.388 76
20 Obligations Ville de Paris 1899	8.220 25
32 Obligations Chemin de fer Est 3 % anciennes	14.290 83
10 Obligations Chemin de fer Est 3 % nouvelles	4.683 41
83 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % anciennes	40.160 90
17 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % nouvelles	7.996 88
19 Obligations Chemin de fer du Bourbonnais 3 %	8.311 32
16 Obligations Chemin de fer du Dauphiné 3 %	6.911 28
50 Obligations Chemin de ferMidi 3 % anciennes	22.297 76
20 Obligations Chemin de fer Midi 3 % nouvelles	8.708 60
14 Obligations Chemin de fer Nord 3 % anciennes	5.867 »
20 Obligations Chemin de fer Nord 3 % nouvelles	8.841 15
40 Obligations Chemin de fer Orléans 3 % anciennes	17.853 45
20 Obligations Chemin de fer Orléans 3 % nouvelles	8.547 85
58 Obligations Chemin de fer Grand Central 3 %	26.656 27
19 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	7.941 40
19 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	8.273 17
120 Obligations Chemin de fer Ouest 2,5 %	49.320 »
30 Obligations Chemin de fer Est Algérien 3 %	13.037 35
30 Obligations Chemin de fer Ouest Algérien 3 %	12.900 »
15 Obligations Banque Hypothécaire 1880	8.493 »
20 Obligations Foncières 1883	9.198 45
38 Actions Société générale	21.551 40
Bons de la Défense Nationale	40.095 »
Total	410.818 04

SECTION II

Pensions de Retraite 1916.

COMBINAISON P (RETRAITE A 60 ANS).

La Combinaison P comprenait 92 membres au 31 décembre 1915 : un d'eux est mort, il reste donc 91 membres au 31 décembre 1916.

Le nombre des sociétaires en retard pour le versement de leur cotisation a augmenté, il est actuellement de trente, et deux ont versé seulement la cotisation du premier semestre.

1° *Compte de l'année* 1916.

Il ne comporte encore que des recettes :

Cotisations	15.702 »	
Intérêts	4.415 05	37.763 22
Remboursements de valeurs (1)	17.646 17	

Si l'on ajoute l'avoir au 31 décembre 1915 :

Espèces au Crédit Lyonnais	1.693 88	2.776 78
Espèces en Caisse	1.082 90	
On obtient comme avoir au 31 décembre 1916		40.540 »»

(1) Bons de la Défense Nationale et Obligations de la Défense Nationale échangées pour de la Rente Française 5 %.

Dont emploi :

Achats de valeurs		39.170 51
Espèces en Banque (Crédit Lyonnais)	876 65	1.369 49
Espèces en Caisse	492 84	
Total égal		40.540 »

2° *Compte général.*

Avoir général au 31 décembre 1915 :		
Portefeuille	97.884 20	100.660 98
Espèces en Banque ou en Caisse	2.776 78	
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisations	15.702 »	20.117 05
Intérêts	4.415 05	
Total		120.778 03

Représentés par :

Portefeuille : valeur en 1915		97.884 20	119.408 54
Plus achats de 1916 (1)	39.170 51	21.524 34	
Moins réalisations pour échange	17.646 17		
Espèces en Banque		876 65	1.369 49
Espèces en Caisse		492 84	
Total égal			120.778 03

3° *Portefeuille de la Combinaison P.*

	Prix d'achat
3.090 fr. Rente Française 5 %	44.122 »
1 Obligation de 500 fr. de la Défense Nationale	474 34
1 Bon de 500 fr. de la Défense Nationale à six mois	487 50
10 Actions Crédit Lyonnais	15.367 35
12 Actions Crédit mobilier Français	7.692 40
5 Actions Nickel	5.744 30
5 Actions Télégraphes du Nord	4.126 80
20 Obligations Chemin de fer Nord 3 % anciennes	8.381 »
40 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % anciennes	15.980 30
27 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % nouvelles	10.895 15
15 Obligations Chemin de fer de l'Ouest 3 % nouvelles	6.137 40
Total	119.408 54

COMBINAISON R (RETRAITE A 65 ANS).

La Combinaison R, au 31 décembre 1915, comptait 186 membres ; un est mort au cours de 1916 ; il reste donc 185 membres à la fin de 1916.

Soixante-deux membres sont en retard pour leurs cotisations et quatre n'ont versé que le premier semestre.

1° *Compte de l'année* 1916.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 58.746,38, savoir :

Cotisations	26.082 50
Intérêts	12.134 50
Remboursements de valeurs	20.529 38
	58.746 38

(1) Les achats, en réalité, ont été : 1.740 fr. Rente Française 5 % = 20.562 fr. 50 ; une obligation de la Défense Nationale, 474 fr. 34 et un Bon de la Défense Nationale à six mois, 487 fr. 50. Total : 21.524 fr. 34.

AVIS IMPORTANT

NOTRE PUBLICITÉ

Les lecteurs du Journal, toutes les fois qu'ils estimeront devoir prescrire un produit spécialisé, sont instamment priés de donner la préférence — lorsqu'elle s'accordera avec l'intérêt de leur malade — aux produits dont ils trouvent l'indication dans notre publicité et qui sont exclusivement français. Ils ne sauraient oublier le nom de ceux qui, par leurs annonces, nous apportent le moyen d'accroître l'action de prévoyance et de défense mutuelle inaugurée (et suivie avec un succès toujours croissant) par le CONCOURS MÉDICAL.

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 2.890 fr. 50, savoir :

Pension	1.200 »	
Remboursements de cotisations contre-assurées	1.690 50	
	2.890 50	

Balance.

Avoir au 31 décembre 1915 :		
Espèces au Crédit Lyonnais	840 02	1.665 72
Espèces en Caisse	825 70	
Recettes de l'année 1916		58.746 38
Total		60.412 10
Dépenses de l'année 1916		2.890 50
Reste avoir		57.521 60
Dont emploi :		
Achat de valeurs		53.504 26
Espèces au Crédit Lyonnais	3.054 95	4.017 34
Espèces en Caisse	962 39	
Total égal		57.521 60

2° *Compte Général.*

Avoir général au 31 décembre 1915 :		
Portefeuille	314.488 61	*316.154 33*
Espèces en Banque ou en caisse	1.665 72	
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisatons	26.082 50	38.275 93
Intérêts	12.134 50	
Boni sur remboursement de valeur (1)	58 93	
		354.430 26
Dépenses de l'année 1916		2.890 50
Reste avoir		351.539 76
Représentés par :		
Portefeuille : valeur en 1915	314.488 61	314.052 78
Moins remboursement de valeurs au prix d'achat	435 83	
Plus achats de 1916 (2)	53.504 26	33.469 64
Diminués des réalisations pour échanges	20.034 62	
		347.522 42
Espèces au Crédit Lyonnais	3.054 95	4.017 34
Espèces en Caisse	962 39	
Total égal		351.539 76

3° *Portefeuille de la Combinaison R*

	Prix d'achat
4.680 fr. de Rente Française 5 %	86.965 »
2 Obligations de 1.000 fr. de la Défense Nationale	1.893 20
1 Obligation de 500 fr. de la Défense Nationale	474 34
1 Bon de la Défense Nationale à six mois	487 50
5 Bons de la Ville de Paris	5.000 »

(1) Une Obligation Ouest nouvelle achetée 435,83 et remboursée à 494,76 : le boni constitué par la différence est de 58 fr. 93.

Les autres valeurs remboursées 20.034 fr. 62 étaient des Obligations et des Bons de la Défense Nationale échangées pour de la Rente Française 5 %.

(2) Les achats en réalité ont été : 1.310 fr. Rente Française 5 % = 28.158,50 ; deux obligations de la Défense Nationale 1893 fr. 20, une obligation 474 fr. 34, un bon de la Défense Nationale 487 fr. 50 et 7 obligations Ouest nouvelles, 2.456 fr. 10. Total : 33.469 fr. 64.

80 Obligations Chemin de fer Est 3 % nouvelles	34.895 65
34 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % anciennes	15.060 22
42 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % nouvelles	17.023 90
20 Obligations Chemin de fer du Dauphiné 3 %	8.143 10
20 Obligations Chemin de fer Bône à Guelma 3 %	8.113 05
156 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	67.394 57
10 Obligations Chemin de fer Nord 3 % anciennes	4.190 55
30 Obligations Foncières 1883	12.754 65
13 Actions Banque de Paris et des Pays-Bas	21.865 09
7 Actions Compagnie Générale des Eaux de Paris	14.390 85
28 Actions Crédit Mobilier Français	17.948 90
10 Actions Nickel	11.488 65
12 Actions Télégraphes du Nord	9.433 20
Un bon de la Société Générale	10.000 »
Total	347.522 42

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

Combinaison V

La Combinaison V, comptait 48 membres en 1915 ; le Conseil d'Administration a prononcé une admission. Le nombre des membres est donc de 49.

Il y a toujours 9 membres en retard pour leurs cotisations et trois n'ont versé que le premier semestre.

1° *Compte de l'année* 1916.

Avoir au 31 décembre 1915 :		
Espèces au Comptoir National d'Escompte	3.709 95	4.056 74
Espèces en caisse	346 79	
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisations	8.528 20	18.866 84
Intérêts	2.243 44	
Remboursements de valeurs	8.095 20	
Total		22.923 58
Dépenses de l'année 1916 :		
Pension		600 »
Reste avoir		22.323 58
Dont emploi :		
Achats de valeurs	21.208 05	
Espèces au Comptoir National d'Escompte	725 80	
Espèces en Caisse	389 73	
Total égal	22.323 58	

2° *Compte général de la Combinaison V.*

Avoir général au 31 décembre 1915 :		
Portefeuille	52.934 06	56.990 80
Espèces en banque ou en caisse	4.056 74	
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisations	8.528 20	10.771 64
Intérêts	2.243 44	
Total		67.762 44
Dépenses de 1916 :		600 »
Reste avoir		67.162 44

Représentés par :

Portefeuille : valeur en 1915		52.934 06	66.046 91
Plus achats de 1916 (1)	21.208 05	13.112 85	
Diminués des réalisations pour échange	8.095 20		
Espèces en banque ou en caisse		725 80	1.115 53
Espèces en Caisse		389 73	
Total égal			67.162 44

3° *Portefeuille de la Combinaison V*

	Prix d'achat
1.015 fr. Rente Française 5 %	17.740 50
20 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	8.424 25
20 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	8.800 61
10 Obligations Chemin de fer du Nord 3 % anciennes	3.806 60
25 Obligations Chemin de fer Nord 3 % nouvelles	10.341 90
10 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % anciennes	3.710 95
10 Obligations Chemin de fer P. L. M. fusion 3 % nouvelles	3.836 85
6 Actions Comptoir National d'Escompte	5.649 35
151 francs 20 Emprunt Norvégien 3 % 1886	3.735 90
Total	66.046 91

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir au 31 décembre 1915 :		
Bons de la Défense Nationale	3.900 »	8.535 10
Espèces à la Société générale	4.600 »	
Espèces en Caisse	35 10	
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisations des membres honoraires	100 »	7.152 30
Cotisations des membres bienfaiteurs	5.578 75	
Intérêts	262 50	
Dons	761 15	
Amendes	180 »	
Versement en dépôt par B	269 90	
Total		15.687 40
Dépenses de l'année 1916 :		
Allocations à des Sociétaires	826 75	878 65
Frais de gestion spéciale	51 90	
Reste avoir		14.808 75
Représentés par :		
Bons de la Défense Nationale	12.175 »	
Espèces à la Société générale	2.100 »	
Espèces en Caisse	533 75	
Total égal	14.808 75	

Le compte spécial destiné à venir en aide aux sociétaires mobilisés et victimes de la guerre pour le paiement de leurs cotisations s'élève à 6.306 fr. 45, somme comprise dans l'avoir de la caisse auxiliaire.

(1) Les achats en réalité ont été : 575 fr. Rente Française 5 % = 10.062 fr. 50 ; cinq obligations Chemin de fer du Nord anciennes 1.702 fr. 85 ; une Obligation Chemin de fer P. L. M. fusion ancienne 334 fr. 40. Trois obligations Chemin de fer P.L.M. fusion nouvelles, 1.013 fr. 10. Total : 13.112 fr. 85. Les autres valeurs comportaient des bons et obligations de la Défense Nationale échangés pour de la Rente Française 5 %.

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1915		2.107 89
Recettes de l'année 1916 :		
Cotisations	6.126 40	
Recouvrements et rappels	1.033 55	7.172 45
Intérêts	12 50	
Total		9.280 34
Dépenses de l'année 1916 :		
Frais de poste	264 35	
Frais d'envoi d'argent	175 45	
Timbres quittances	258 »	
Frais de recouvrements et rappels	346 »	
Frais de banque	259 30	7,129 60
Matériel	87 75	
Impressions	147 75	
Secrétaires généraux	2.400 »	
Trésorier et employés	3.200 »	
Reste avoir		2.150 74
Représentés par :		
Bons de la Défense Nationale	1.462 50	
Espèces à la Société générale	420 75	
Espèces en Caisse	267 49	
Total égal	2.150 74	

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes divers	Portefeuille	Banque	Caisse	Crédit	Débits	Totaux
Combinaisons MA et B	410.808 04	13.531 55	»	»	1.766 65	422.582 94
Combinaison P	119.408 54	876 65	492 84	»	»	120.778 03
Combinaison R	347.522 42	3.054 95	962 39	»	»	351.539 76
Combinaison V	66.046 91	725 80	389 73	»	»	67.162 44
Caisse auxiliaire	12.175 »	2.100 »	533 75	»	»	14.808 75
Compte de gestion	1.462 50	420 75	267 49	»	»	2.150 74
Totaux	957.433 41	20.709 70	2.646 20	»	1.766 65	979.022 66

Il n'a été apporté aucun changement dans l'organisation des dépôts de titres et des comptes courants qui restent dans les mêmes Etablissements que précédemment.

Messieurs,

La Mutualité Familiale continue à fonctionner d'une manière régulière, mais je ne vous étonnerai pas en vous disant que, par ces temps difficiles, les fonctions du Trésorier ne sont pas une sinécure. Cette année encore, j'ai envoyé près de douze cents lettres de rappel manuscrites avec circulaires.

Votre Trésorier vous prie de lui faciliter sa tâche : à ceux d'entre vous qui ont toujours envoyé régulièrement leurs cotisations, il demande de continuer ; à ceux qui sont en retard, il demande de s'efforcer de régulariser leur situation.

La Mutualité Familiale doit franchir le cap des tempêtes..... et elle le franchira.

Le Trésorier, A. Gassot.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON (Thiron et Franjou, Sucrs).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 10 — 15 MAI 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Dialyl
Soluble dans l'Eau :
" Cures d'eau dialylée "
TOUTES
PHARMACIES

Quarantième année — N° 10 — 15 Mai 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Une regrettable décision. La vente de la viande pour les malades traités à domicile pendant les périodes de restrictions 435

Partie Scientifique

Clinique neurologique.
L'hystérie larvée chez les gens de guerre, par le Dr G. Duchesne 437

Revue des Sociétés Savantes.
La tubercule de Carabelli. — Chirurgie esthétique pour nez disgracieux. — Le ballonnement aigu des poumons. — Epididymite d'origine méningococcique. — Traitement de la méningite tuberculeuse par les injections intra-rachidiennes d'air stérilisé. — Le traitement d'attaque par le mercure. — Tuberculose pulmonaire traumatique. — Le névroparatyphus. — Sur la toxicité des œufs. — Inspection sanitaire des œufs 446

Thérapeutique appliquée.
Le traitement général des anémies avec sidéroses hémolytiques 450

Bibliographie.
Précis de pathologie interne et diagnostic, par le Dr Hyvert. — Les premières heures du blessé de guerre, par les médecins-majors R. Bertein et A. Nimier. — Soins oculaires à l'usage des infirmières, par les Drs H. Coppet et A. Van Lint. — Les doses en thérapeutique thyroïdienne, par Léopold Lévi 450

Notes de pratique quotidienne.
La lithiase biliaire 453

Correspondance

La Hiérarchie des étudiants en médecine. — L'affectation des vieux R. A. T. — Encore un mot sur les affectations d'après l'âge. — Les médecins mobilisés ne sont pas défendus contre les accapareurs de clientèle. — Comment être classé apte restreint. — Les laissez-passer des médecins ruraux. — La mise en congé sans solde 454

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Médecins mobilisés et clientèle civile. — Les affectations des médecins suivant l'âge. — Les tuberculeux dans l'armée 461

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires. — Note de service n° 2833 du 27 avril 1918 du ministre de la guerre. — C. M. n° 14.077 A. 1/7 du 30 avril 1918 468

Partie Professionnelle

Médecine sociale.
A propos de la dépopulation. Que penser d'un salaire de maternité, par Paul Delmas 472

Mutualité Familiale du Corps médical Français 476

Chronique des accidents du travail.
Une question aux médecins membres de la Commission du tarif Dubief 478

Variétés.
Hodie minora canamus ! 478

Le Livre d'Or du Corps Médical Français.
Citation 478

PROPOS DU JOUR

Une regrettable décision.

La vente de la viande pour les malades traités à domicile pendant les périodes de restrictions.

Nous ne sommes pas de ceux qui s'insurgent contre les restrictions ; nous avons conscience de leur nécessité. Nous pensons, comme M. le Ministre, Victor Boret, que le ravitaillement de l'arrière ne doit venir qu'après celui du front, que ceux qui combattent ne doivent subir autant que possible aucune privation, et méritent la sollicitude de la France entière. Ceci est de toute justice et aucun Français, capable de réflexion, ne peut protester contre les mesures qui s'imposent. En s'élevant contre les restrictions alimentaires nécessaires, on fait acte de mauvais patriote, dont l'égoïsme équivaut à une demi trahison.

Aussi, tout en ne pouvant nous prononcer sur l'efficacité des trois jours sans viande par semaine, car nous n'avons aucune compétence sur ce sujet, nous approuvons sans réserves les restrictions dans la consommation de la viande comme de tout autre aliment.

Cependant, pour certains malades : tuberculeux, diabétiques, anémiques, etc., le régime carné est une nécessité ; pour certains, la viande est plus qu'un aliment utile, c'est presque un médicament indispensable ; aussi, le gouvernement a-t-il compris la nécessité d'autoriser la vente de viande aux malades les jours où sa consommation est interdite.

Un décret a été promulgué à ce sujet et ce décret, rédigé, selon la vieille coutume de notre pays, sans consulter les techniciens compétents, en l'espèce les médecins praticiens, a ordonné une mesure très regrettable qui nous a valu les lettres suivantes du Dr Hamant, un de nos distingués correspondants dont les lecteurs du *Concours médical* ont pu apprécier la grande compétence en tout ce qui concerne la tuberculose pulmonaire et du Dr P. :

Le 1er mai 1918.

Très honoré et cher confrère,

Je viens de recevoir le numéro du dimanche 28 avril 1918, du *Journal officiel*, auquel je suis

abonné ; j'y trouve, aux pages 3706 et 3707, le décret réglementant la vente et la consommation de la viande, en France, à partir du 15 mai prochain, et ce n'est pas sans une véritable stupéfaction que j'y lis, à l'article 10 :

« La vente de la viande, pour les malades « traités à domicile, ne pourra être effectuée « que *sur l'autorisation du Maire*, délivrée sur « production d'un certificat d'*un médecin spé- « cialement désigné à cet effet par la municipa- « lité*. Cette autorisation ne sera valable que « pour la quinzaine ».

Je crois véritablement avoir mal lu, et la mesure ci-dessus édictée et reproduite — peut-être excellente en soi — me semble lamentable et grosse de conséquences, *prise sous la forme que le décret lui donne ainsi*.

Pris à la lettre, ce texte donne droit à un maire et au « médecin spécialement désigné par la municipalité », d'autoriser ou de refuser la viande à des malades qui en auraient besoin, pendant les trois jours de la semaine pendant lesquels elle est interdite, et cela, contre l'avis et les conseils de leurs propres médecins.

Existe-t-il donc, en France, à l'heure actuelle, une loi qui puisse imposer, ainsi, à un malade la visite et l'examen d'un médecin qui n'est pas celui de son choix, une loi, au nom de laquelle on puisse dire à ce malade : peut-être votre santé nécessite-t-elle l'usage de la viande pendant les jours où elle est interdite ; pour en obtenir, il *vous faut* vous adresser à tel médecin, à l'exclusion du vôtre, qui n'a pas le pouvoir de vous en faire avoir, comme il le jugerait, cependant, utile ?

Existe-t-il en France une loi qui permette à une administration ou à une autorité, quelle qu'elle soit, d'introduire, d'une manière obligatoire — pour ainsi dire de force — un médecin dans la clientèle de ses confrères ?

Enfin il semble élémentaire, conforme au simple bon sens, que si le malade a et conserve le droit au libre choix de *son* médecin, et si celui-ci acepte, a et conserve la responsabilité de soigner *son* malade, le médecin doit être juge, *et seul juge,* des moyens à employer pour ramener son malade à la santé, sans que l'un de ces moyens puisse dépendre de l'acceptation ou du bon vouloir d'un de ses confrères ou du maire, ce qui serait, d'ailleurs, une grosse responsabilité à assumer pour ces derniers...... ; et puis, qui, plus que le médecin traitant, peut être meilleur juge des besoins de la santé de ses malades qu'il voit, suit et dont il connaît exactement les cas ?

Il me semble que, maintenir de pareilles dispositions *sous la forme qu'on leur a ainsi donnée,* c'est supprimer ou, du moins, restreindre, par le fait, *le libre choix* du malade et *le libre exercice de la médecine.*

C'est de plus, je crois, un premier pas fait dans le sens de la fonctionnarisation des médecins.

Enfin, donner une autorisation de cette nature, pour une quinzaine seulement, à des tuberculeux par exemple, constitue un véritable non sens et la preuve de l'ignorance la plus complète de ce que doit être le traitement rationnel utile de la tuberculose pulmonaire.

Il me semble que, cette fois encore, on a pris, hâtivement et sans réflexion, une mesure, bonne en soi, et qu'il y a possibilité d'éviter les abus, en laissant cependant à chaque médecin le soin d'apprécier, *sous sa responsabilité,* les besoins de ses malades. Nul mieux que lui, ne doit savoir les peser en conciliant, *en conscience,* les intérêts de chacun et de tous.

Si cette manière de voir vous paraît juste, le *Concours médical* ne pourrait-il s'emparer de cette question et s'employer à la faire aboutir au mieux de l'intérêt de tout le monde, de celui des malades et des médecins, en particulier ?

Je serais, dans tous les cas, heureux de connaître votre appréciation à ce sujet et de la trouver exprimée dans un des prochains numéros du *Concours médical* par un de ces articles si bien pensés que j'y trouve sous votre signature, et que j'y lis toujours avec intérêt, souvent avec profit.

C'est dans cette attente que je vous prie d'agréer, très honoré et cher confrère, avec mon meilleur souvenir, l'assurance de mes meilleurs, très distingués et tout dévoués sentiments.

Dr Hamant,
de Cambo-les Bains.

30 avril 1918.

Cher confrère,

Je crois qu'une menace sérieuse plane sur le Corps médical et celui-ci, avec son insouciance habituelle, n'y prend point garde. A-t il remarqué les tendances des nouveaux décrets sur les restrictions alimentaires ? S'est-il aperçu que l'administration est en voie de diviser les médecins en deux catégories : les *assermentés,* et les *non-assermentés,* les premiers ayant seuls qualité pour délivrer aux malades les certificats relatifs aux distributions de rations supplémentaires de sucre, de lait, etc... ? Ces nouveaux décrets, qui paraissent aujourd'hui sur la réglementation de la consommation de la viande, ne prévoient-ils pas, pour les dérogations, le seul concours des médecins assermentés ?

La guerre n'étant pas encore terminée, et l'ère des restrictions s'ouvrant à peine, où va-t-on s'arrêter dans cette voie ? Qu allons-nous devenir, nous, les *non assermentés* ? Et par extension, petit à petit, ne nous retirera-t-on

pas le droit de délivrer des certificats de vaccination, de grossesse, d'aliénation mentale, etc., etc. ? Et, outre le tort matériel que nous cause l'administration en « racolant » nos clients pour le compte de l'assermenté ne subirons-nous pas un préjudice moral dans l'esprit de nos clients, qui pourraient estimer que notre « devoir » ou notre « probité » ne sont que « très relatifs », puisque l'administration nous juge indignes de certains actes médicaux ?

En présence de cette menace que va faire le Corps médical, et ses Syndicats ou Associations professionnelles ? Dr G. P.

Nos confrères ont exprimé dans leur lettre ce qu'il fallait dire et tout ce qu'il fallait dire ; nous ne saurions qu'affaiblir leurs arguments en les reprenant à notre tour.

Il n'est pas admissible qu'un *médecin spécialement désigné à cet effet par la municipalité* s'arroge le droit de contrôler les prescriptions de ses confrères, de refuser à certains malades la viande qui leur aura été prescrite et d'autoriser sa consommation à d'autres malades auxquels le médecin traitant en aura interdit l'usage. Dans beaucoup de centres d'ailleurs, cette manière de faire sera pratiquement inapplicable.

On veut éviter les abus, on veut que les restrictions soient réelles, on veut évidemment que les dérogations ne soient pas d'une étendue telle que la mesure draconienne prise ne perde de leur fait une partie de son efficacité.

Pourquoi le Gouvernement ne fait-il pas directement appel à la conscience et au patriotisme du Corps médical ?

Celui-ci mérite-t-il vraiment cette injurieuse défiance ?

Pourquoi ne se bornerait-on pas à appliquer pour la viande une réglementation analogue à celle de la prescription des toxiques et des stupéfiants ?

Ne suffirait-il pas d'exiger, (tous les quinze jours, si l'on veut) la production d'une ordonnance médicale d'un praticien, *ayant le droit d'exercer*, dont la signature serait légalisée, ordonnance qui pourrait être conservée par l'autorité municipale ou par le boucher pour permettre une enquête, en cas de soupçon de fraude ?

Nous espérons que M. le Ministre du Ravitaillement se rendra compte de la légitimité de nos observations et modifiera dans son application l'article 10 du décret qui réglemente la vente et la consommation de la viande pour les malades.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

L'hystérie larvée chez les gens de guerre.

Par le Dr G. Duchesne,
Médecin-chef de l'Hôpital n° 294.

Après avoir accumulé les sérieuses présomptions qui plaident en faveur de sa théorie pathogénique qui attribue l'hystérie à une sorte de sommeil, d'engourdissement cérébral, Paul Sollier, dont je m'honore d'avoir été deux ans l'élève et le collaborateur, recherchant quelles en sont les principales causes, cite « l'épuise- « ment qu'on rencontre comme conséquence du « surmenage... le choc traumatique... les agents « capables de produire l'anesthésie locale et sur- « tout générale, comme... le froid... »

Il ajoute : « La cause la plus fréquente et la « plus puissante est certainement l'émotion. « Elle agit en anesthésiant l'individu au point « de lui faire perdre connaissance quelquefois. « Lorsque le sujet est normal, une fois l'émo- « tion passée ou la syncope terminée, le retour « de la sensibilité se fait complètement plus ou « moins rapidement. Mais si son système ner- « veux est constitutionnellement faible, ou si « l'inhibition cérébrale a été trop profonde, il « n'y a pas retour *ad integrum* ; de l'anesthésie « soit générale, soit locale persiste. A partir de « ce moment, le sujet est hystérique. » (1)

Il était à prévoir que la guerre, qui multiplie à l'envi pour ceux qui la font, les chocs traumatiques et les chocs émotionnels, qui leur impose les surmenages de toutes sortes, qui les oblige à supporter l'action des intempéries et les rigueurs de l'hiver, ferait éclore parmi eux, précocement ou tardivement, des cas nombreux de manifestations névropathiques diverses, les

(1) *L'hystérie et son traitement*, p. p. 49-50.

unes répondant à des types cliniques déjà connus, les autres constituant des modalités de circonstance.

Et de fait, ces manifestations ont été telles, en nombre et en variété, qu'elles ont fait l'objet de travaux multiples, parmi lesquels nous citerons les deux manuels de la Collection horizon : « *Psychonévroses de guerre*, par J. Roussy et J. Lhermitte, et *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre reflexe*, par Babinski et Froment. »

Médecin-chef d'une formation sanitaire où s'effectue un grand roulement de malades et de blessés de toutes provenances, j'ai eu l'occasion d'y voir plusieurs sujets, entrés avec des diagnostics purement symptomatiques, et chez lesquels un examen approfondi m'a révélé, comme substratum pathogénique, l'hystérie.

La séméiologie, d'une part, telle que je l'ai apprise à l'école de Sollier, le résultat habituel du traitement, tel que mon maître l'a pour ainsi dire codifié, ne m'ont laissé aucun doute à cet égard.

Les troubles qu'il m'a été donné d'observer n'avaient rien qui attirât tout d'abord l'attention sur leur véritable nature, laquelle pouvait parfaitement passer inaperçue dans un rapide et premier examen. Ils étaient localisés et ne s'accompagnaient d'aucune réaction générale significative apparente. C'est en cela surtout qu'ils me paraissent intéressants à rapporter.

Observation I.— *Céphalée hystéro-traumatique.* — Le D... Marc, âgé de 35 ans, entré à l'hôpital le 5 novembre 1917, venant de l'hôpital de St-D..., avec le diagnostic : contusions multiples (accident du travail), et une note du chirurgien ainsi conçue : « céphalée persistante, qui paraît calmée par des applications de glace. A tenir en observation. »

Dans ses antécédents héréditaires, nous notons un père suicidé.

Lui-même n'a jamais eu de maladies aiguës. Cependant, il déclare qu'avant la guerre, il avait été déjà soigné pour des troubles nerveux mal définis.

Aux armées, il a été atteint de deux blessures de guerre : 1° une plaie du coude par éclat d'obus ; 2° des contusions du cuir chevelu et une hémarthrose du genou droit par éboulement d'un parapet de tranchées. De ce dernier traumatisme, il aurait conservé une grande faiblesse de la tête, des étourdissements et des vertiges.

Mobilisé en usine en juillet 1917, il était grimpé sur une échelle le 23 octobre 1917, quand il fut atteint d'un vertige et tomba de 3 mètres environ de hauteur. Il a perdu quelques instants connaissance. Il se plaignit ensuite de courbature généralisée, de contusions lombaires et de maux de tête.

A son entrée à l'hôpital, c'est la céphalée qui domine, dans son état, avec l'insomnie.

En examinant sa région lombaire, je provoque involontairement le phénomène du dermographisme, sur la peau du dos.

Comme il ne souffre d'aucun trouble organique, qu'il ne présente ni nausées, ni vomissements, ni température, j'écarte l'hypothèse d'un état inflammatoire latent des centres nerveux.

Par contre, je constate l'existence de l'anesthésie de la peau du front et du cuir chevelu, ainsi que la disparition du réflexe pharyngien.

En présence de cette symptomatologie, des commémoratifs et de l'habitus extérieur du malade, qui paraît « étonné », je conclus à des troubles d'hystéro-traumatisme. Je supprime tout médicament et j'institue un traitement de gymnastique d'opposition (mouvements forcés de flexion, d'extension antéro-postérieure et latérale et de circumduction de la tête sur le cou).

En même temps, j'affirme au malade qu'il n'a aucune maladie organique et que ses maux de tête doivent disparaître.

La céphalée s'atténue rapidement. Le sommeil revient. L'état s'améliore de plus en plus. Il sort guéri le 3 décembre 1917.

Obs. II.— *Troubles subjectifs rappelant le pied de tranchées.* — F... Maurice, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 22 octobre 1917 pour froidure des pieds du premier degré.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, il a eu un début de pleurésie en 1909.

Mobilisé le 24 décembre 1914. Aux armées en mars 1915, dans un parc à fourrages, il fut versé en janvier 1916 dans une unité combattante, occupant un secteur actif et fortement bombardé.

Du 1er au 15 octobre 1917, il serait demeuré en première ligne, avec de la boue glacée jusqu'à micuisse.

A l'entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs excruciantes dans les deux pieds. Ces douleurs le privent complètement de sommeil et lui arrachent même des larmes.

A l'examen, aucune modification de forme ni d'aspect de la région douloureuse. Pas de gonflement, ni d'œdème, non plus que de modifications dans la teinte des téguments.

Recherchant l'état de la sensibilité, je constate une anesthésie profonde, en chaussettes, des extrémités inférieures.

Je pratique immédiatement une séance de gymnastique d'opposition, par mouvements forcés de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction. La sensibilité normale reparaît, en même temps que les douleurs s'atténuent. Le sommeil revient également. Ce traitement est continué, pendant que j'affirme au malade que toutes ces manifestations n'ont aucune gravité et doivent disparaître.

Il sort guéri le 9 décembre 1917.

Le pied de tranchées a fait l'objet d'une étude récente, publiée par V. Ramond dans le *Journal des Praticiens* du 5 janvier 1918. L'auteur, imputant l'affection qu'il décrit à l'action du froid humide, lui reconnaît plusieurs degrés, le premier caractérisé uniquement par de l'*anesthésie douloureuse*.

Bien que je n'aie jamais encore eu l'occasion d'observer d'autres cas de pied de tranchées, et tout en tenant compte des indications fournies par Ramond, je ne puis croire que l'anesthésie douloureuse qu'il a en vue dans son travail, puisse céder aussi rapidement à quelques exercices mécanothérapiques.

Bien ne semble d'ailleurs s'opposer à ce qu'on admette qu'une manifestation hystérique ait succédé, chez un sujet prédisposé par le surmenage et les souffrances éprouvées, à une atteinte du froid sur les extrémités inférieures.

Et je ne saurais invoquer de meilleur témoignage que celui de Sollier qui écrit : « Les agents « capables de produire l'anesthésie locale... « *comme le froid,* sont souvent le point de dé« part de l'hystérie, ce qui vient confirmer la « théorie de l'engourdissement de l'arrêt des « fonctions nerveuses comme cause fondamen« tale de l'hystérie, l'engourdissement provoqué « devenant permanant. » (1).

Obs. III. — *Astasie-abasie légère.* — S... Jules, âgé de 41 ans, entre à l'hôpital le 11 juillet 1917 pour rhumatismes.

Les troubles qu'il accuse auraient succédé à une forte commotion provoquée par le souffle d'un gros projectile.

Ces troubles sont caractérisés par de l'astasie abasie. Dès qu'il met les pieds à terre, il ne peut se tenir debout sur les jambes, qui se dérobent sous lui, tandis que couché, il leur fait exécuter volontairement tous les mouvements.

Aucune manifestation rhumatismale.

Par contre, c'est un éthylique chronique, qui porte en outre une plaque de leucoplasie aux commissures labiales.

Le Wassermann, pratiqué à l'Institut Pasteur, est négatif.

Examinant son système nerveux, je ne découvre aucun signe d'une lésion organique : pas de signe de Babinski, ni d'Argyll Robertson, reflexes patellaires conservés.

Par contre, anesthésie complète de la peau des membres inférieurs. On peut transpercer le tégument avec une épingle sans que le malade accuse aucune sensation.

Traitement : repos au lit, sauf à l'occasion des exercices spéciaux de gymnastique d'opposition et de marche.

Les troubles astasiques disparaissent assez rapidement, et le malade sort guéri le 27 août 1917.

Trois observations de syndrome d'intolérance gastrique. — Obs. IV. — R... Jean-Marie, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 25 juin 1917 avec le diagnostic : vomissements.

Ces vomissements auraient débuté 8 ou 10 jours auparavant. Ils se produisent peu de temps après les repas, sans effort, sans état nauséeux.

L'appétit est diminué, non aboli. La langue est propre, normale. Pas de température.

L'exploration directe de l'estomac, de l'intestin et des annexes ne révèle aucune anomalie objective.

Mais la peau de la région épigastrique est complètement anesthésiée.

Je lui déclare alors fermement : « Vous n'avez « aucune affection de l'estomac qui justifie vos vo« missements. C'est tout simplement une mauvaise « habitude dont il faut vous débarrasser. » Et m'adressant à mon infirmière-major : « Toutes les fois « qu'il vomira son repas, vous lui en redonnerez « immédiatement un semblable. »

Je pratique en même temps quelques exercices de gymnastique spéciale, sur la musculature abdominale, notamment au niveau de l'estomac.

A deux reprises, il vomit encore. Chaque fois, on lui redonna un repas complet et qui fut conservé.

Dès lors, les vomissements n'ont plus reparu.

Sorti guéri le 7 août 1917.

Obs. V. — G... Camille, âgé de 29 ans, entre à l'hôpital le 3 novembre 1917 pour *coliques et vomissements.*

Mobilisé le 3 août 1914, il est atteint en 1914 d'une fracture *compliquée des doigts de la main* droite et d'une plaie en séton par balle de la jambe gauche.

De retour aux armées le 12 novembre 1914, il est blessé une deuxième fois le 21 février 1915. Sa blessure consiste en une plaie pénétrante de la fosse iliaque droite avec fistule consécutive de l'intestin grêle.

Cette blessure étant consolidée le 13 août 1916, il repart aux armées le 9 mai 1917 et est versé dans le service auxiliaire le 24 août 1917.

A la fin d'octobre, il accuse des troubles gastro-intestinaux qui motivent son entrée dans ma formation.

Les vomissements surviennent après les repas, et sont uniquement alimentaires.

A l'examen, on découvre, dans la fosse iliaque droite, la cicatrice gaufrée et encore sensible de la blessure reçue naguère.

Aucun signe objectif d'inflammation de l'estomac et de l'intestin ne se révèle. Par contre, la peau de la région épigastrique et hypogastrique est le siège d'une anesthésie typique.

A noter que, près du lit, se trouve en permanence une cuvette destinée à recevoir le vomissement éventuel.

J'applique à ce malade le même traitement physique et moral que dans le cas précédent. Et naturellement, je fais enlever la cuvette, en affirmant qu'il n'en aura plus besoin.

Et de fait, les vomissements ne se sont plus reproduits. L'état général, assez précaire à son entrée, se relève peu à peu. Il sort guéri le 27 décembre 1917.

Obs. VI. — M... Gaston, âgé de 35 ans, entre à l'hôpital le 28 novembre 1917 pour *intolérance gastrique très accentuée.* Vertiges. Mauvais état général.

Mobilisé en 1914, il fut évacué le 9 janvier 1915 pour une pneumonie double, compliquée de gastro-entérite, sur une formation d'où il sortit le 9 avril pour rentrer le même jour dans un autre hôpital avec le diagnostic : Gastro-entérite et anémie consécutive. Il y séjourne jusqu'au 30 septembre, et le

(1) *Loc. cit.*, p. 51.

quitte *non guéri*. C'est la mention qui figure sur les pièces qu'il m'a communiquées.

Depuis cette époque, il n'a jamais cessé d'avoir des vomissements alimentaires immédiatement après les repas.

L'état général est en effet médiocre, le teint blafard. Il a maigri.

Une radioscopie faite en 1917 mentionne : Estomac allongé. Contractions péristaltiques fortes. Mobilité de l'ensemble de l'estomac diminuée (adhérences probables vers la grande courbure).

A l'examen, la paroi abdominale est très souple. L'estomac, qui n'est nullement sensible, paraît un peu dilaté. Mais je n'ai nulle part la sensation d'un épaississement, d'une induration quelconque. Les vomissements sont d'ailleurs franchement alimentaires, sans aucun caractère pathognomonique.

Je prescris d'abord le régime et le traitement des dyspeptiques atoniques.

A quelques jours de là, M... me raconte que ses vomissements, qui se produisent sans effort, sans nausées, précédés seulement d'une salivation abondante, n'ont rien d'impérieux, mais qu'au contraire, il peut, dans une certaine mesure, les réprimer, que notamment, si, au moment où il va vomir, quelqu'un survient, il peut y surseoir assez longtemps.

Eclairé par ce détail, je l'examine de nouveau, en portant mon attention sur son système nerveux : je découvre alors des zones éparses d'anesthésie cutanée, au creux épigastrique, aux membres inférieurs, à la région frontale, avec abolition du réflexe pharyngien.

Fixé sur la véritable nature des troubles observés chez cet homme, j'institue le même traitement physique et moral que précédemment.

L'état général s'améliore, le poids augmente. Mais, au bout de quelques jours, j'apprends par l'infirmière qu'il continue à vomir encore. Loin de s'en plaindre à moi, il me déclarait qu'il allait très bien, dissimulant ses vomissements dans la crainte qu'on ne lui redonne immédiatement à manger, ainsi que je l'avais ordonné.

Pour m'assurer d'une façon formelle qu'il n'existe réellement pas chez lui de troubles dyspeptiques liés à une perturbation du chimisme gastrique, pour avoir en même temps une opinion autorisée, je l'envoie en consultation dans le service du Dr Le Noir à l'hôpital St-Antoine. Celui-ci me fait remettre la note suivante : « Malade qui accuse des troubles dyspeptiques et des vomissements, sans présenter des signes objectifs de maladie importante actuelle du tube digestif. Hyperacidité légère. (A. : 2, 13). Les vomissements sont donc vraisemblablement d'origine pithiatique et destinés à céder aux moyens de persuasion, particulièrement à l'isolement. »

Prévenu dès lors que je l'évacuerai sur un centre de neuro-pathologie afin de le soumettre à la cure d'isolement que je ne puis pratiquer dans mon hôpital, M... préfère rejoindre son corps et reprendre son service.

Il sort de l'hôpital, amélioré quant à l'état général, non guéri de son tic : « Vomissement ».

***

Dans les cas que je viens de relater, le signe principal qui m'a mis sur la voie du diagnostic réel a été l'anesthésie cutanée, constatée ici et là, et particulièrement au niveau des organes présumés malades. Pour ceux qui, comme moi, ont adopté la séduisante et vraisemblable hypothèse de Sollier, l'anesthésie périphérique est la projection de l'engourdissement cérébral. Elle l'extériorise et l'objective.

On ne saurait la nier, sans nier l'évidence.

Je sais bien que les néo-hystériâtres, démembreurs de l'hystérie font bon marché des stigmates en général et de l'anesthésie en particulier.

Celle-ci, à leurs yeux, n'aurait qu'une valeur insignifiante, pour plusieurs raisons qu'ils développent complaisamment, telles, par exemple, que la coexistence de zones d'anesthésie avec des lésions nettement organiques, l'ignorance dans laquelle se trouve le malade, jusqu'à ce qu'on le lui ait révélé, qu'il est insensible à la douleur ici ou là, que ce stigmate est essentiellement mobile, que la suggestion le fait disparaître et réapparaître à volonté, etc., etc.

Ces raisons ne me convainquent pas, parce qu'elles sont très nettement spécieuses.

Un malade peut présenter une lésion organique de son système nerveux, et être en même temps hystérique : il n'y a là rien de contradictoire.

De ce qu'il ignore, — et Lasègue l'avait déjà remarqué, — qu'il est anesthésié en certains points de son individu, il n'y a encore là rien qui s'inscrive en faux contre la réalité et la signification du phénomène. Quand nous dormons normalement, nous en sommes parfaitement inconscients. Ce n'est que quand nous nous réveillons que nous savons que nous avons dormi ; la durée même du sommeil échappe à notre appréciation. C'est par une habitude de l'esprit que, nous étant endormis le samedi soir, nous nous réveillons au bout d'un certain temps en situant notre réveil au dimanche : c'est le rythme régulier de cette fonction du sommeil qui fixe dans notre esprit la notion du réveil au lendemain du jour où le sommeil a débuté. Supposons que nous dormions 48 heures de suite, au réveil, nous nous croirions de bonne foi au dimanche, alors que nous serions au lundi.

La suggestion fait disparaître et réapparaître à volonté l'anesthésie ? Mais ce phénomène n'est-il pas déjà une manifestation évidente d'une perturbation du système nerveux ? Prenez un sujet sain et essayez de lui suggérer qu'il ne sentira rien quand vous lui piquerez, d'une pointe acérée, telle région de la peau.....

D'ailleurs, la nouvelle école, qui a emprunté au roman la terminologie qui dénomme *pithiatisme* ce qui, pour tant d'autres, demeure l'hystérie, n'apporte aucun argument probant contre l'interprétation de la névrose considérée

comme un sommeil pathologique. Il suffit de reprendre la définition qu'elle en donne : *l'hystérie se manifeste*, CHEZ CERTAINS SUJETS, *par des signes que la suggestion fait apparaître et que la contre-suggestion (persuation) fait disparaître*. Ce n'est pas là une définition, c'est l'énoncé d'une propriété particulière. C'est comme si les chimistes définissaient le nitrate d'argent, un corps qui, traité par le chlorure de sodium, donne un précipité blanc de chlorure d'argent. Nous n'en serions pas plus avancés sur la nature même du nitrate d'argent.

Si je m'attarde ainsi à discuter, c'est qu'il n'est pas indifférent, dans le milieu militaire, que la véritable essence de tels ou tels troubles observés, soit parfaitement précisée dans un intérêt thérapeutique d'abord, et aussi dans l'intérêt des malades, au point de vue de leur situation et de leur utilisation dans l'armée.

Eh ! Que diantre ! Personne ne nie que les hystériques soient éminemment suggestibles. C'est même ce caractère qui explique les modifications qu'ont subies les manifestations hystériques depuis une trentaine d'années. Il n'est pas douteux que la grande attaque se fait de plus en plus rare, tandis que les troubles larvés apparaissent de plus en plus fréquents. Il ne s'ensuit pas que le démembrement effectué par les néo-hystériâtres ait fait ou fasse disparaître l'hystérie du cadre de la nosologie. Les mêmes conditions étiologiques et pathogéniques se reproduisant, détermineront le même sommeil pathologique. Mais ce qui pourra varier, selon les circonstances et l'influence de la suggestion, c'est l'objectivation de ce sommeil.

Quoiqu'il en soit, ce à quoi je veux en venir, c'est à ceci, que les sujets qui offrent des anomalies de fonctionnement de leurs centres sensitivo-sensoriels, en dehors de toute lésion organique du système nerveux, sont des anormaux ; c'est qu'un sujet chez lequel on découvre une hémi-anesthésie périphérique totale est un anormal, diminué dans ses moyens d'action, dans sa capacité de travail, et que, dans le milieu militaire, il n'est pas permis de n'en point tenir compte, sous peine, pour les médecins qui passeraient outre, de commettre de parti pris, et volontairement, une erreur indigne d'eux.

L'hystérie est parfaitement curable. Les accidents hystériques sont justiciables d'une thérapeutique dont certains éléments sont actuellement acceptés par tous les spécialistes de la neuropathologie : l'isolement, la psychothérapie, la physiothérapie, etc. Eh bien ! Que l'on soigne d'abord ces malades. Qu'on les guérisse. Ensuite, on aura le droit de les traiter comme des sujets sains et de les utiliser en conséquence.

Les observations que je publie aujourd'hui, et telles autres que je recueille encore actuellement, me confirment dans cette opinion, formulée plus haut, que, chez les gens de guerre, les accidents larvés de nature hystérique sont très fréquents, mais aussi, très fréquemment méconnus. Et c'est dommage ! Faute d'en préciser le diagnostic, on institue des traitements, des médications qui, le plus souvent, vont à l'encontre du résultat désirable, le réveil de l'activité cérébrale normale. Ainsi des militaires font de successifs séjours dans les formations sanitaires, constituant des inutilités et des charges, des encombrements et des impedimenta, parce que la vraie nature de leur maladie n'a pas été soupçonnée.

Si je reprends l'histoire de mes trois vomisseurs, je constate que tous trois avaient été considérés comme des gastropathes, alors qu'en réalité, il n'y avait chez eux qu'une sorte de tic, le tic vomissement, ayant succédé à un accès d'intolérance gastrique légitime, si je puis m'exprimer ainsi, qui n'aurait dû être que passagère.

Celui-ci, atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen, a vomi d'abord, à la suite des excitations de son sympathique abdominal. Cet autre a commencé par présenter un embarras gastrique inflammatoire. Tous deux ont continué à vomir, parce que leur activité cérébrale étant partiellement diminuée, au niveau du centre cortical viscéral, l'anomalie de fonctionnement de l'organe, commandé par ce centre, a continué indéfiniment, jusqu'au jour où on a pu, par un traitement approprié, restituer au centre atteint son activité normale.

CONCLUSIONS.

Les gens de guerre sont soumis, d'une façon plus ou moins permanente, à des influences extérieures de toute nature qui diminuent la résistance de leur système nerveux.

Cette diminution de résistance, notamment chez les prédisposés, héréditairement ou constitutionnellement, peut aboutir à des perturbations durables dans l'activité et le fonctionnement du système nerveux.

Ces perturbations sont, le plus souvent, de nature hystérique.

L'hystérie, chez ces sujets, se manifeste très fréquemment sous une forme larvée.

Lorsque la véritable nature des accidents observés est dépistée, il y a lieu d'instituer un traitement à la base duquel se placent l'isolement et la psycho-physiothérapie.

Les militaires atteints de troubles hystériques sont des anormaux, des malades, qu'il est impardonnable de considérer comme des sujets sains ou des simulateurs. Il importe de les soigner et de les guérir, afin de leur redonner toutes leurs aptitudes et de permettre ainsi leur utilisation intégrale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le tubercule de Carabelli. — Chirurgie esthétique pour nez disgracieux. — Le ballonnement aigu des poumons. — Epididymite d'origine méningococcique. — Traitement de la méningite tuberculeuse par les injections intra-rachidiennes d'air stérilisé. — Le traitement d'attaque par le mercure. — Tuberculose pulmonaire traumatique. — Le névroparatyphus. Sur la toxicité des œufs. — Inspection sanitaire des œufs.

— M. Jeanselme lit à l'*Académie de médecine* une note sur *le tubercule de Carabelli.*

Sur la face interne de la première et parfois de la seconde molaire supérieure, on peut observer une petite excroissance dont la fréquence est telle que M. Jeanselme l'a constatée sur 40 à 45 pour 100 des sujets. Assez souvent, cette petite saillie (somme toute normale) se renfle en un tubercule mamillaire qui se dégage et ressemble à un ergot greffé sur le corps de la dent : c'est à cette sorte de cuspide surnuméraire qu'on donne aujourd'hui le nom de tubercule de Carabelli.

L'intérêt de ce tubercule est le suivant. On a voulu, dernièrement, lui accorder une signification pathologique spéciale et en faire un stigmate d'hérédo-syphilis. M. Jeanselme montre que cette opinion ne saurait être admise. Le tubercule de Carabelli est, en effet, un appendicule normal, mais exagéré en dimensions. On le rencontre, d'ailleurs, chez des peuplades très diverses (Indiens, noirs, insulaires du Pacifique, etc.)

— M. Bourguet présente à l'*Académie de médecine* quelques malades chez lesquels il a pratiqué une opération de *chirurgie esthétique pour nez disgracieux.*

Dans une communication précédente, l'auteur s'était occupé des nez disgracieux dans leur ensemble (nez de travers, nez en selle, gros nez). Il étudie, cette fois, les « bouts de nez » disgracieux, les petites difformités du lobule, qu'il propose de corriger par une opération intra-nasale, portant sur la cloison cartilagineuse, et ne laissant pas de cicatrice. Le but visé est de mettre à l'horizontale, le bord inférieur de la sous-cloison, pour ramener à 90° l'ouverture de l'angle naso-labial. Lorsque cet angle est aigu, le lobule est tombant et le nez inesthétique.

— M. Galliard rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* deux cas de *ballonnement aigu des poumons*

Les accidents du ballonnement aigu des poumons ressemblent, au point de vue symptomatologique, à ceux du catarrhe suffocant, de la bronchite aiguë des emphysémateux, de l'asthme essentiel, des pseudo-asthmes toxiques, de l'asthme hystérique tel que l'a décrit Briquet, de l'asthme traumatique de Loeper et Codet. On songe aussi à l'oedème aigu des poumons, surtout chez les brightiques et les cardiaques. Dans le ballonnement aigu des poumons, la dyspnée n'est pas expiratoire comme dans l'asthme. L'oedème pulmonaire, d'autre part, s'accompagne de signes physiques particuliers.

Bien que ces troubles soient d'origine en grande partie nerveuse, la saignée au pli du coude les amende en général. On n'omettra pas de rechercher, néanmoins, les lésions cardio-vasculaires.

— M. de Massary présente à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de M. Lancelin intitulé : *trois cas d'épididymite d'origine méningococcique.*

Les observations de M. Lancelin démontrent la possibilité des localisations uro-génitales du méningocoque. Elles viennent rapprocher d'une façon frappante ces deux germes, gonocoque et méningocoque, dont la morphologie et les caractères biologiques sont si voisins. Dans les trois cas en question, une épididymite est apparue dans le cours d'une méningite cérébro-spinale.

— MM. Ramond et François font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement de la méningite tuberculeuse par les injections intra-rachidiennes d'air stérilisé.*

S'appuyant sur l'action favorable aujourd'hui connue des injections d'air dans la tuberculose des séreuses (pleurésies, péritonites, etc.), MM. Ramond et François ont tenté chez l'homme l'injection thérapeutique intra-rachidienne de gaz stérilisés (air, oxygène). Cette injection est d'une innocuité absolue si l'on suit exactement la technique suivante : faire la ponction lombaire dans la station couchée et retirer une assez forte quantité de liquide, 40 centim. cubes environ ; aspirer l'air dans une seringue de Roux, à travers une longue aiguille en platine portée au rouge, afin de le stériliser et de le chauffer ; pousser lentement l'air ainsi préparé dans le canal céphalo-rachidien, sans dépasser la moitié ou les deux tiers du liquide extrait. L'opération peut se répéter cinq à six jours consécutifs pour l'air stérilisé. Avec l'oxygène, on peut continuer indéfiniment, son absorption étant beaucoup plus rapide que celle de l'azote.

MM. Ramond et François relatent une observation de méningite tuberculeuse ainsi traitée, où l'amélioration fut telle que, pendant quinze jours, on put espérer la guérison. Le patient finit par succomber, mais on nota net-

tement une amélioration après chaque injection d'air.

— MM. Giroux et Fabre lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur la *tuberculose pulmonaire traumatique.*

Il est actuellement établi que le traumatisme est un facteur de tuberculose pulmonaire, mais on admet que la tuberculose survient rarement dans ces conditions. MM. Giroux et Fabre demandent que non seulement on précise — à la faveur des circonstances actuelles, si riches en documents — la fréquence de la tuberculose traumatique, mais que l'on envisage également dans quels délais le traumatisme peut être considéré comme responsable d'une tuberculose ultérieure. Ce dernier point, très délicat, a été peu envisagé, jusqu'à ce jour.

— M. Bory présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *l'action du traitement d'attaque par le mercure.*

Depuis plus d'un an, M. Bory s'est astreint à renverser la formule actuelle la plus généralement adoptée dans le traitement de la syphilis, et qui consiste à attaquer le mal par l'arsenic, puis à entretenir sa guérison par le mercure.

Le mercure peut être employé, comme agent d'attaque, sans danger, sous certaines formes et dans certaines conditions, à des doses incomparablement supérieures à celles qu'on n'osait guère dépasser jusqu'alors. En suivant la méthode de l'accoutumance progressive, on peut faire absorber, par la voie musculaire ou intraveineuse, des quantités massives de 8 et 10 centigrammes répétées à des intervalles relativement courts. Il suffit de commencer à injecter, tous les jours ou tous les deux jours, 4 centigr. puis 5, 6, 7 centigr. Au bout du douzième ou quinzième jour, l'organisme accoutumé supporte sans difficulté 8, 9 et même 10 centigr. On arrive ainsi, en 12 à 20 injections, à une dose totale de 1 gr. 10 à 1 gr. 20 de sel mercuriel, pour une durée de traitement de 25 à 30 jours. Il est préférable d'utiliser des solutions plus concentrées que d'habitude, soit à 3 ou à 6 p. 100.

Le mercure, dans ces conditions, dit M. Bory, est aussi actif et aussi rapidement actif, sinon plus, que le novarsénobenzol. Ses effets sur l'état humoral, le potentiel spécifique, sont des plus nets, mesurés avec les antigènes les plus sensibles (celui de Desmoulières, en particulier).

— M. Gouget relate à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *néphroparatyphus.*

On connaît, par des exemples aujourd'hui assez nombreux, cette forme de fièvre typhoïde dans laquelle les signes de néphrite hémorrhagique ouvrent et dominent la scène clinique. On sait, également, que dans ces *néphroparatyphus* — ainsi que les a appelés M. Albert Robin — les manifestations intestinales peuvent faire défaut, ce qui conduit à envisager la possibilité de néphrites aiguës primitives à bacilles d'Eberth, analogues aux cholécystites, méningites, etc., de même nature.

Ce que peut faire le bacille typhique, les parathyphiques peuvent-ils le faire également ? M. Gouget a observé un malade dont le cas mérite la qualification de néphroparathyphus. Chez ce malade, l'affection se manifesta par de l'hématurie, de la fièvre, sans troubles intestinaux. Une hémoculture montra du paratyphique B, en culture pure.

— M. Linossier fait à l'*Académie de médecine* une communication *sur la toxicité des œufs.*

M. Linossier rappelle les accidents d'intoxication que provoque parfois l'ingestion des œufs : diarrhée, nausées, vomissements, urticaire, prurit, œdème de Quincke, etc. Ces accidents, dit-il, ne se produisent que chez les sujets prédisposés, la prédisposition étant souvent congénitale.

La substance toxique n'est pas un des principes chimiques définis entrant dans la constitution de l'œuf. C'est très probablement une toxalbumine et elle peut être détruite par la chaleur. Il suffira donc, pour éviter l'intoxication, de soumettre les œufs à une cuisson suffisante pour que toutes les albumines (du jaune comme du blanc) soient coagulées. Contrairement à ce que l'on croit, l'œuf bien cuit est plus facilement dissous par le suc gastrique que l'œuf cru. S'il paraît plus lourd, c'est précisément parce qu'il est digéré par l'estomac, tandis que l'albumine crue ne fait que traverser cet organe et n'est hydrolysée que dans l'intestin. Il est bon toutefois de ne pas exagérer la cuisson de l'œuf, après coagulation complète.

— M. Martel lit à l'*Académie de médecine* une note sur *les altérations des œufs, envisagées au point de vue de l'inspection sanitaire.*

L'inspection sanitaire des œufs se heurte à des difficultés assez importantes. On peut toutefois faire œuvre utile en interprétant les signes fournis par le mirage à la chambre noire. Le mirage ne décèle pas les altérations qui portent sur la saveur et la couleur. En classant les taches signalées par les mireurs de profession, on peut arriver, dans une certaine mesure, à reconnaître certaines altérations des œufs.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement général des anémies avec sidéroses hémolytiques

MM. G. Roques, J. Chalier et L. Nové-Josserand, dans leur « *Etude critique sur la conception des cirrhoses pigmentaires* » (Revue de méd., 10 mai 1913), envisageant la sidérose caractéristique de ces affections, concluent à son origine hémolytique, et tendent à rattacher aux anémies pernicieuses l'ensemble de ces états pathologiques, dont ils avaient déjà montré l'affinité avec la tuberculose (Société de Biologie, 15 mars 1913). Ils démontrent le point de départ hémolysinique de la mélanodermie et de la pigmentation ferrugineuse des viscères, ce pigment sidérique dérivant d'une altération de l'hémoglobine (Mossé et Daunic), et en déduisent que ces sidéroses procèdent d'une hyporésistance globulaire, et non de l'hypohépatie — incriminée d'abord, alors qu'elle n'en est qu'un symptôme dérivé. Examinant s'il est possible de « pousser plus avant dans la pathogénie de l'hémolyse », les auteurs, laissant momentanément ce point en suspens, s'attachent à faire ressortir « qu'on a trop négligé le rôle certain de la rate et de la moelle osseuse ». N'y a-t-il pas là une orientation vers une thérapeutique nouvelle des hémosidéroses de l'infection paludique, de la tuberculose, du diabète sucré, du diabète bronzé, etc. ? En conservant le caractère étiologique propre à chacune de ces affections, il convient donc de ne pas perdre de vue l'indication urgente de remplacer le fer organique gaspillé, et de réparer la déminéralisation phosphatée d'une si grande importance dans le syndrome hémolytique.

C'est pourquoi une association phospho-martiale, telle que le ferrophytine, véritable complexus du fer et du phosphore organisés, présentant ces deux éléments sous une forme particulièrement assimilable, trouve dans ces états déficitaires une indication cardinale. Plus physiologique que les médications martio-arrhéniques, cette préparation est appelée à tenir une place de plus en plus importante dans le traitement des anémies pernicieuses à point de départ paludique, bacillaire, surrénalien ou diabétique. Ce sel (1), formé par un acide organique du phosphore (anhydro-oxyméthylène diphosphorique), neutralisé par le fer, est en même temps qu'un puissant hémolytique s'opposant à la dégénérescence globulaire, un médicament phosphaté de premier ordre susceptible de lutter avec une grande efficacité contre l'asthénie profonde de ces malades.

(1) La ferrophytine est fabriquée par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de pathologie interne et diagnostic, par le Dr Hyvert, 4e édition, 1 vol. in-18 cart. 7.50. Librairie A. Maloine et fils, Paris.

La nouvelle édition de cette pathologie en un seul volume est entièrement transformée dans le texte et dans la présentation matérielle. L'auteur s'est proposé un triple but : 1° Donner un résumé en un volume facile à consulter grâce à un classement alphabétique et à une table des matières très complète ; 2° Multiplier systématiquement les symptômes intéressants (classiques ou non) qu'on ne trouve pas dans tous les cas aussi nombreux que dans les grands traités dans des monographies spéciales : 3° Mettre en relief les théories nouvelles, décrire les méthodes de laboratoire les plus récentes, et les juger au point de vue de la pratique courante. Ce livre ainsi compris, n'est donc point un simple memento, et il ne fait nullement double emploi avec les livres existants.

C'est un livre de praticien pour des praticiens.

Les premières heures du blessé de guerre, par MM les médecins-majors R. Bertein et A. Nimier. Préface du médecin inspecteur général Jacob, un volume in-8° écu. (Collection Horizon), avec 50 figures et 4 planches hors texte (Masson et Cie, éditeurs). 4 fr.

Ouvrage médico-militaire dans toute l'acception du terme, écrit à l'avant — *et pour l'avant;* — les auteurs ont tenu compte autant des considérations de circonstances, de temps, de milieu, que des indications proprement médicales. Leur livre est celui de soldats autant que l'œuvre de médecins compétents et qualifiés pour l'écrire.

Ce manuel étudie :

Le traitement et la relève des blessés dans la guerre de tranchée —, dans la guerre de mouvement,— le poste de secours en front stable et dans les périodes d'attaque,— le traitement des différentes plaies, etc.

Dans ce livre se trouve codifiée l'expérience de presque tous nos jeunes confrères, et, au moment où l'armée américaine entre en ligne, nous pouvons prédire que ce petit manuel jouira chez elle comme chez nous d'une place de faveur.

Soins oculaires à l'usage des infirmières, par les Dr H. Coppet et A. Van Lint. (Masson et Cie, éditeurs).

Les doses en thérapeutique thyroïdienne, par Léopold Lévi. (A. Maloine et fils, éditeurs).

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de police* pour Paris, et pour la province par *le commissaire spécial du chef-lieu du département.*

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du Concours médical, de M. le Dr Richard, aide-major aux armées, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Suite page XXII.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La lithiase biliaire.

LA COLIQUE HÉPATIQUE. — *Traitement interne.* — A. (traitement symptomatique).

a) Une à cinq injections, par 24 heures de un cmc. de la solution :

Chlorhydrate de morphine...	dix centigr.
Sulfate neutre d'atropine....	un centigr.
Eau dist. bouillie..........	10 gr.

b) Lavement médicamenteux (précédé, si possible, d'un lavement évacuant) :

Hydrate de chloral.......	2 gr.
Eau..................	50 gr.
Lait..................	50 gr.
Jaune d'œuf............	N° 1

c) Ou bien : Suppositoires de

Ext. de belladone.......	un centigr.
Ext. thébaïque.........	deux centigr.
Sulfonal : P. F.........	trente centigr.
Beurre de cacao... Q. S.	pr 1 supposit.

(6 semblables).

1 à 3 par 24 heures.

B. (traitement causal).

a) Capsules d'éther amylvalérianique n° 20.

1 capsule par quart d'heure (ne pas dépasser 6 dans les 12 premières heures).

b) Huile de Gabian (huile de pétrole) n° 20 capsules, 6 par 24 heures.

Les résultats nous ont paru meilleurs en alternant, dans la même journée, les deux préparations.

Traitement externe :

a) Grands bains prolongés (1 à 2 heures) à la température de 32 à 36°.

b) Applications, *sur tout l'abdomen*, de compresses à 44°.

c) D'autrefois, des compresses d'éther ont procuré le soulagement, là où le traitement précédent avait échoué.

LITHIASE BILIAIRE, forme chronique :

Le régime alimentaire prime la médication :

a) Au premier déjeuner, café de malt ou fruits cuits. Raisins, à doses progressivement croissantes (cure de septembre).

b) A midi : ni soupe, ni potage, viande grillée ou rôtie, pain recuit (en quantité modérée), pois-

son, bouilli de préférence, œufs (par tolérance) Tous les légumes verts, très cuits et tamisés, si possible.

Vin blanc coupé d'Eau d'Alet.

c) Au repas du soir : pas de viande.

Légumes et fruits cuits. Les compotes seront préférées aux confitures.

Le traitement interne pourra comprendre :

Le matin au réveil, 1/2 verre Eau Vichy, ou bien 3 cuil. à potage d'huile d'olive.

9 h. du matin, 3 h. du soir, 1 capsule de :

Huile de Harlem........ N° 30

Immédiatement à la fin de chacun des deux principaux repas, 1 cachet de

Salophène P. F.......	0,20 cgr.
Salicylate de soude....	0,15 cgr.
Benzo naphtol........	0,10 cgr.

avec infus. très chaude de feuilles d'or. n° 30.

La cure thermale (Cap-Vern, Contrexeville, Vichy, Vittel) exige beaucoup de prudence et doit *toujours* être faite sous la direction d'un médecin spécialisé.

L'intervention chirurgicale ne sera envisagée que dans les cas où une obstruction prolongée des grandes voies biliaires, amènera une infection grave (1).

Dr R. MOLINÉRY (de Barèges).

(1) Consulter entre autres, les travaux de Clermont (de Toulouse).

CORRESPONDANCE

La Hiérarchie des étudiants en médecine

Je vous serais reconnaissant d'insérer cette deuxième lettre au sujet de la « Hiérarchie des étudiants en médecine ».

Merci au Dr X... qui veut bien appuyer nos revendications dans le *Concours* du 15 janvier 1918.

Malgré la « note rectificative » juste, de la rédaction, la situation reste :

fausse, pour tous les étudiants de 2 à 8 inscriptions ;

lamentable, pour ceux qui n'ont que leur solde ridicule.

Ce grade nouvellement créé, de sous aide-major, dit assez qu'on nous juge indignes d'être officiers.

Aucune nécessité pourtant, ni militaire, ni médicale n'exige ce cadre de sous officier, auquel on a l'air de tant tenir.

Lorsqu'une nation tout entière est en arme, le rang d'officier est dû à l'élite intellectuelle en général ; en particulier à nous, médecins auxiliaires ou sous-aides, dont la fonction est une fonction d'officier.

Voilà la grande réponse à faire. Que nos dirigeants timorés prennent exemple sur les Américains !

Chez nous, jusqu'à ce jour, n'ont été préconisées que des demi-mesures ; système mauvais ; il mécontente tout le monde.

Système dangereux lorsqu'il ne donne que trop de raisons à une partie de la jeunesse intellectuelle — non syndiquée — de grossir le nombre des mécontents. F. L.

L'affectation des vieux R. A. T.

Je suis avec grand intérêt la campagne que vous menez en faveur des vieilles classes de médecins mobilisés.

A titre de vieil abonné de votre journal, je prends la liberté de vous soumettre la suggestion suivante : ne pourriez-vous mener une campagne auprès de M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Servide Santé pour qu'il étende à toutes les classes R. A. T. les dispositions qu'il a prises pour la classe 88 ? Au moment de la déclaration de la guerre, la classe 92 était la classe R. A. T. (la plus jeune. En ce moment les médecins de cette classe ont 46 ans. Pourquoi ne pas leur permettre d'être mobilisés dans leurs résidences du temps de paix, en les excluant si l'on veut de toutes les commissions de réforme, de convalescence et autres ? L'idée première qui a présidé à l'envoi des médecins aux 4 coins de France et d'Algérie était de ne pas laisser aux médecins restant à l'arrière le loisir de prendre la clientèle des jeunes médecins qui sont aux armées. Croyez-vous que cette raison puisse supporter la discussion ? A 46 ans quand on n'a pas sa clientèle faite, on n'a qu'à plier bagage.

Vous savez que dans notre métier, on s'use vite. Un médecin âgé est vite délaissé pour de jeunes confrères plus actifs ; pourquoi ne pas lui permettre, pour les quelques années qui lui restent à exercer, de rester mobilisé dans sa résidence habituelle et de pouvoir gagner, tout en faisant son service, de quoi élever sa famille ?

On veut, en haut lieu, que la situation économique du pays soit sauvegardée, et nous seuls, sommes sacrifiés. Comme le disait un de vos correspondants, un commerçant, un industriel a installé, en ses lieu et place, sa femme qui a pu continuer à gagner de quoi entretenir la maisonnée.

Mais nous, médecins, qui n'avons pas fait de mariages riches, nous sommes, à 2 galons, avec 300 frs par mois, obligés de nous entretenir nous-mêmes et de subvenir aux frais de la famille qu'on ne peut traîner avec soi de garnison en

garnison. Les quelques économies que l'on a pu faire en temps de paix, se sont évanouies depuis longtemps.

Enfin, les services administratifs et les bureaux de bienfaisance en tireraient profit, car plusieurs d'entre nous sont médecins d'hôpitaux. Et la population civile elle-même serait fort heureuse de la mesure, car cela lui permettrait de récupérer quelques-uns de ses vieux médecins en qui elle a confiance.

Si nous devons ensuite aller aux armées, nous irons avec plus de gaieté de cœur, car à l'arrière nous aurions fait tout notre devoir envers notre famille.

D'ailleurs on a permis à certaines Sociétés financières de récupérer leur médecin depuis plus d'un an. Est-ce que les intérêts des Sociétés ploutocrates sont plus sacrés que les intérêts individuels ?

Maintenant, supposez que la tête d'un médecin ne plaise pas au médecin divisionnaire, malheur à lui ! Les postes les plus insignifiants et les plus éloignés lui sont octroyés avec générosité.

Ce ne serait que justice de demander, sinon la démobilisation des vieilles classes, tout au moins les affectations dans les villes où ils résidaient en temps de paix. Dr S.

Réponse

Nous ne cessons de demander comme vous pour les vieux médecins R. A. T. un régime compatible avec leur âge et les nécessités militaires. Jusqu'à présent, nous n'avons pas obtenu ce que nous aurions voulu, sauf en ce qui concerne les classes 1888 et plus anciennes qui peuvent obtenir leur renvoi en congé sans solde et même leur radiation des cadres.

Encore un mot sur les affectations d'après l'âge

Quoiqu'elles n'aient pas été portées à la connaissance du Corps médical mobilisé, il est certain qu'il y a eu, au début de 1917 (en fin 1916, peut-être) des « Instructions » sur la question des affectations d'après l'âge (1). En outre, le Ministre de la guerre s'est prononcé là-dessus, à de très nombreuses reprises, sous forme de réponses à des questions écrites déposées sur le bureau de la Chambre (voir : *Journal Officiel* et *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*. Documents

(1) Il y a eu des prescriptions très précises et très détaillées sur les affectations d'après l'âge et la position militaire (active, réserve, territoriale (R. A. T.) en ce qui concerne les Officiers d'Administration du Service de Santé (G. Q. G., bureau du personnel-Santé : 21 juillet 1917, n° 22906, rappelant la Note 4756 D/A du 17 juin 1917.)

officiels et renseignements). Un grand nombre de ces réponses ont été publiées dans le *Concours Médical*. Elles sont claires : Les médecins doivent recevoir des affectations conformes à leur *classe de mobilisation*, c'est-à-dire *à leur âge*. On peut donc se croire autorisé à penser que tous les médecins R. A. T. qui sont encore aux armées sont affectés à des formations sédentaires stables de l'arrière et des étapes. Or, il n'en est rien.

Il y en a une grande quantité dans les Divisions et autres éléments de première ligne. Certains, même, vont dans des régiments variés et ceux qui n'y sont plus, appelés parfois, quoique très souvent fatigués, à y faire des remplacements parce que appartenant à des formations divisionnaires, alors que les formations sédentaires d'armée et des étapes (sans parler de celles de l'intérieur !) fourmillent de jeunes gens d'une grande vigueur physique. Pensez-vous que ce soit conforme à l'esprit et à la lettre de la formule pleine de bon sens : *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière* dont la paternité revient à M. le docteur Mourier ?

Si l'attention de notre nouveau Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé s'y arrête, il est certain qu'il répondra comme il convient et prendra la décision logique, ce dont le remercieront tous les confrères R. A. T.

Z...

Les médecins mobilisés ne sont pas défendus contre les accapareurs de clientèle

A un moment donné, vous avez fait une campagne contre les médecins mobilisés dans une ville et qui ont profité de l'absence de leurs confrères pour se créer une clientèle à leurs dépens et prendre leur place.

Cette campagne a-t-elle abouti à une loi protectrice qui, à mon avis, s'impose ?

Nous étions chez nous 4 médecins, dont 3 en âge d'être mobilisés et qui sommes partis dès le début.

Pendant notre absence, est venu à l'hôpital militaire un jeune médecin de 30 ans qui a été maintenu 2 ans dans la place.

Son inaptitude ne l'empêchait pas de faire des visites toute la journée, à la ville et à la campagne.

Il s'est ainsi créé une belle clientèle, qu'il a déclaré cyniquement vouloir conserver après la guerre.

Au reste, il ne manque pas de venir passer dans le pays ses permissions de détente, où ne l'appelle aucun lien de parenté, mais histoire de conserver les bonnes relations avec la clientèle.

Que pensez-vous de ce procédé ? Dr T...

Réponse

Nous pensons qu'il est inadmissible. Mais,

malgré nos efforts, l'Etat n'a pas voulu prendre en considération les légitimes desiderata des confrères mobilisés qui se trouvent dans votre cas : ils sont relativement nombreux.

Avez-vous un Syndicat local ? Si oui, saisissez-le de votre affaire et obtenez de lui qu'il prenne votre défense au nom de la déontologie et de la confraternité.

Comment être classé apte restreint

Je me permets de vous demander de vouloir bien me fournir quelques renseignements sur la façon de procéder pour être classé apte restreint.

Je tiens tout d'abord à vous expliquer mon cas.

Classe 1900, parti le 2 août 1914 avec un bataillon de chasseurs auquel j'ai été affecté 9 mois, j'ai ensuite été versé pour raison de santé dans une ambulance divisionnaire, puis renvoyé chez moi pour la même raison après un an 1/2 consécutif de présence au front dans la zone de l'avant. De retour au front en mars 1917, j'ai été, après un très court séjour dans une ambulance (15 jours), affecté à un groupe d'artillerie de campagne quelque temps avant l'attaque du 16 avril à laquelle j'ai participé.

Renvoyé en septembre avec un mois 1/2 de convalescence et remis à la disposition du ministre, j'ai été rappelé 3 mois jour pour jour.

Ignorant qu'il existait des « aptes restreints », je me suis présenté à la G. R. porteur de mon billet d'hôpital et d'une lettre de mon médecin-chef de Place que j'avais connu au début et dans laquelle il était fait mention en même temps que de mon état de santé, de ma façon de servir.

J'ai cru à une affectation d'étapes, et je suis envoyé dans un P. A. D., parc d'artillerie divisionnaire.

Or, les parcs ne sont plus ceux du début dans la plupart et c'est le cas pour le mien, les médecins sont appelés à suivre les colonnes de ravitaillement, sinon toutes les nuits, en tout cas au moins une nuit sur deux.

J'ai fait une demande il y a plus de dix jours, au Directeur du Service sanitaire de l'armée, pour être présenté au médecin consultant d'armée, pas de réponse. Ai-je mal procédé : si oui, veuillez m'indiquer la marche à suivre. Dr H. R.

Réponse.

La C.M. 574 Ci/7 du 20 août-1er septembre 1917 p. 824, précise les conditions dans lesquelles peut être prononcée l'aptitude restreinte :

3° Une fois parvenus à la gare régulatrice, ces officiers (médecins aptes restreints) seront examinés, s'il y a lieu, par le médecin chef de la réserve du personnel. Si un doute

s'élève sur l'état de santé d'un officier, celui-ci sera hospitalisé dans les formations sanitaires où le médecin consultant d'armée a son service (ou chirurgien consultant de centre hospitalier).

Il nous semble que vous n'avez qu'à demander, au besoin en vous déclarant malade, à ce qu'il vous soit fait application des dispositions de cette circulaire. Ceci étant, vous devrez, si vous êtes reconnu apte restreint, recevoir un emploi correspondant à votre compétence et à votre aptitude. (2° de la Circul.)

Les laissez-passer des médecins ruraux.

Les médecins doivent-ils manquer à leurs devoirs professionnels ? ?

Ou doivent-ils risquer de se faire condamner comme de vulgaires vagabonds ? ? ?

Je viens vous demander de m'aider à trouver la réponse à ces questions.

Aujourd'hui on ne donne aux médecins de campagne que des laissez-passer leur permettant de circuler en automobile dans leurs cantons et les cantons limitrophes seulement.

Or, ils ne sont pas rares ceux qui, avec la pénurie des médecins de l'arrière, ont besoin de traverser deux ou trois cantons pour aller voir des malades, parfois dans un autre département que le leur.

Comment en outre connaîtraient-ils la limite des cantons ? Va-t-on placer sur les chemins des bornes frontières de cantons comme on en place pour les départements ? Il n'existe dans le commerce pas de cartes indiquant les limites cantonales. Telle ferme isolée est-elle en dehors des limites où il est permis à tel médecin de pénétrer ? Comment le saura-t-il alors que, à chaque instant, il est appelé dans des localités en dehors de sa clientèle d'avant la guerre ?

Trouve-t-on que l'exercice de la médecine à l'arrière, avec les difficultés de se procurer de l'essence, de faire réparer les autos, etc., et avec la pénurie due à la mobilisation de tous les jeunes, soit trop facile pour les vieux médecins, qu'on veuille encore leur compliquer les choses par un tas de restrictions et de règlements qui n'ont pour eux aucune raison d'être, avec, par-dessus le marché, la menace du gendarme qui, pour les récompenser des soins gratuits, leur flanquera un bon procès-verbal ?

Messieurs les voleurs peuvent se défendre devant un tribunal, des assassins obtiennent parfois un acquittement. Pour les procès-verbaux, l'acquittement est inconnu.

C'est un nouveau distributeur : on met dans la fente un procès-verbal, il en sort une condamnation.

Déjà, avec les restrictions de l'essence, nous connaissons plusieurs cas de décès de malades qui n'ont jamais pu obtenir la visite d'un médecin, celui-ci étant momentanément privé de ses moyens de transport. Cela va aller en augmentant si nous nous laissons intimider par les foudres administratives. On trouve sans doute que les forces vitales de la France sont encore trop considérables puisque, d'un trait de plume, dans un chaud bureau parisien, on condamne à mort, faute de soins médicaux, des parents, des femmes, des enfants de nos vaillants défenseurs ! !

Je m'empresse de dire, que je ne me laisserai pas arrêter dans mon devoir médical par des arrêtés de cet acabit. Il faut ne rien connaître de la vie dans les campagnes pour oser en prendre de pareils. Mais c'est la loi. *Dura* (j'aurais bien envie d'écrire un autre qualificatif) *Lex, Sed Lex.*

Le jour où je serai poursuivi, j'espère obtenir l'assistance du « Sou médical ».

Il serait bon aussi de créer une Société d'as*surances mutuelles pour dédommager les mé*decins qui seront condamnés parce qu'ils n'auront pas voulu laisser mourir leurs clients sans essayer tout au moins de les soigner. C'est une idée que je soumets aux lecteurs du *Concours* dans lequel j'espère vous voudrez bien publier cette lettre.

Dr A.

La mise en congé sans solde

En recevant votre journal aujourd'hui, je m'aperçois que j'ai envoyé à une mauvaise adresse, une demande de renseignements, que je formule à nouveau aujourd'hui :

1° A qui s'adresser (vieille classe de 1888) pour être renvoyé dans ses foyers en congé illimité sans solde ;

2° Etant en congé illimité, peut-on continuer à porter l'uniforme ;

3° Etant en congé illimité, peut-on à un moment donné (par convenance personnelle), obtenir d'être réintégré dans l'armée.

E. à B.

Réponse

1° Au Ministre de la guerre, par la voie hiérarchique, étant entendu que ce n'est pas un droit, au sens propre du mot.

2° Oui, sauf pour exercer une profession civile.

3° Oui.

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La Lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Médecins mobilisés et clientèle civile

Au dire du confrère qui, dans le dernier numéro du *Concours* traite à cette même place de la « protection de la clientèle des médecins mobilisés », celui qui, sous les drapeaux, accepte ou réclame des honoraires pour soins donnés à la population civile serait un « écumeur » dont les gains illicites lèsent doublement les absents, tant dans le présent, en retardant leur retour, que dans l'avenir en prenant racine dans leur clientèle.

Les écarts de langage mis de côté, cette assertion est-elle fondée, et la réglementation proposée serait-elle agissante ?

En fait, rien de plus simple : les textes militaires sont catégoriques, (Dépêches ministérielles 17.023 du 4 décembre 1914 et 63 C 1/7 du 21 avril 1916) : le médecin mobilisé n'est pas en droit de se faire honorer, et ses exigences, s'il en formulait, l'exposeraient à des sanctions disciplinaires.

Il y aurait beaucoup à dire là-dessus. Sans même invoquer l'argument des autres militaires d'occasion qui ont continué à s'occuper librement de leurs affaires, dans la mesure où les exigences du service n'en souffrent pas, il suffirait, parmi les hommes spéciaux mobilisés comme tels, de noter l'exemple des avocats affectés à des emplois judiciaires ou des ingénieurs utilisés soit dans le génie, soit dans les usines, et auxquels il n'a jamais été interdit de se faire honorer pour leur activité dépensée en dehors de l'armée.

Mais enfin, à s'incliner devant la règle, rien n'interdit les soins gratuits. Au contraire, et certaines affectations en témoignent, ils sont souvent exigés du mobilisé. Les frais de déplacement, loin de constituer des honoraires déguisés, ne couvrent pas toujours les dépenses effectives et réfrènent imparfaitement les appels injustifiés.

N'est-ce pas dans cet exercice gratuit, libre ou imposé, qu'est plutôt le danger. De toutes, la corporation médicale est peut être la seule qui se voie imposer et qui accepte la non rémunération de ses services vis-à-vis de plus riche que soi. Il faut laisser ici le cas de l'Assistance médicale gratuite, puisqu'aussi bien il peut être considéré, pour le médecin mobilisé, comme un service particulier couvert par la solde, alors qu'en temps ordinaire ses conditions sont celles d'une surtaxe finale inadmissible et abusivement demandée par la collectivité à un petit noyau de contribuables déjà lourdement imposés. Mais de quel argument appuyer la gratuité systématique des soins dans les milieux aisés ? Comment justifier la spoliation du corps médical alors que ses membres mobilisés soignent gratuitement les accidentés du travail détachés dans les usines, alors que l'employeur responsable est couvert par la puissance financière de sociétés d'assurances ?

Déjà, avant le renchérissement actuel de toutes choses, une bonne part du public n'était que trop enclin à ne pas honorer le médecin. La tentation est grande d'abuser du médecin gratuit, parce que mobilisé, et, l'habitude prise, bien difficile à déraciner.

Sans l'ombre de paradoxe, au seul point de vue de l'intérêt corporatif bien compris, dont celui des absents en vue de leur retour, jamais un suppléant d'occasion ne formulera d'exigences trop élevées pour faire accepter cette indiscutable vérité que les soins médicaux se paient par qui le peut, et à un taux proportionné au coût de l'existence selon le moment envisagé.

Par ailleurs, il est dans les honoraires demandés une part qui couvre, quoique de bien peu, les responsabilités encourues. Si une action, même justifiée, était intentée contre le médecin mobilisé dont la thérapeutique est contestée, lui seul, à n'en pas douter, en supporterait les conséquences. Pourquoi donc lui contester, théoriquement, sinon en fait, le droit corrélatif à des honoraires ?

Il paraît tout aussi malaisé de soutenir la proposition, d'ailleurs inopérante à défaut d'un texte législatif, et il ne serait pas près d'être voté, par laquelle pendant un an après la démobilisation générale, nul ne pourrait s'établir dans la ville où il a été mobilisé. Après la guerre, des remaniements s'établiront à n'en pas douter dans les circonscriptions médicales, et une fois de plus jouera la loi inéluctable de l'offre et de la demande. Peu à peu la situation pléthorique des villes contraindra par l'insuccès tel ou tel à chercher une situation plus rémunératrice dans l'exercice rural.

De plus, et surtout, ce n'est pas après avoir, tant d'années durant, bataillé sans se lasser en vue du libre choix, que le corps médical se pourrait déjuger en tenant pour fondées des prétentions à on ne sait trop quel fief intangible et personnel, pourquoi pas héréditaire ?

Ce n'est pas qu'exposées sans ambages, de telles conditions ne soient pas irritantes pour ceux que l'accomplissement du devoir militaire aura privés pendant plusieurs années, si ce n'est pour toujours, d'une situation laborieusement édifiée autrefois.

Mais en dehors du droit commun, il n'est que de l'arbitraire. Autant, si ce n'est plus que toute autre carrière libérale, la pratique médicale, sans risque de suicide vis-à-vis des particuliers et plus encore des collectivités, ne peut demeurer elle-même que sous l'empire de la libre concurrence. Cette forme réduite de la solution naturelle que représente la confiance spontanée du malade doit être au premier plan du succès professionnel.

Celui qui écrit ces lignes, lésé lui-même par cet état de choses, ne s'en indigne pas plus que des lois de la pesanteur s'il recevait une tuile sur la tête. Mobilisé, il ne fait pas plus aujourd'hui de clientèle qu'il ne sera un déraciné de demain : il parle donc de la situation d'autant plus librement, assuré par avance qu'il est de la largesse de vues avec laquelle le *Concours Médical* accueille dans ses colonnes les opinions indépendantes de ses collaborateurs d'occasion.

***

Les affectations des médecins suivant l'âge.

« Nous avons l'assurance — voyez la circulaire ministérielle ci-après — dit le *Concours* du 15 mars dernier — que notre nouveau Sous-Secrétaire d'Etat va mettre ordre à tout ceci et réaliser son heureuse formule intégralement : les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ».

Or, cette circulaire ministérielle n° 666 Ci/7 du 15 février 1918, après avoir affirmé énergiquement deux principes : que la place actuelle des officiers du cadre actif est aux armées et qu'en ce qui concerne les officiers du cadre de complément, l'éloignement du front ne saurait avoir d'autre règle que l'ancienneté des classes aussi bien en médecine générale qu'en spécialités (comme pour toute l'armée, la place des jeunes à l'avant), cette circulaire paraît beaucoup moins ferme et beaucoup moins nette pour passer à l'application. Et elle présente à mon sens deux graves défauts :

1° Elle est *unilatérale*, ne prévoit que les tours de départ de l'intérieur pour le front ;

2° Elle perpétue cette erreur devenue habituelle, semble-t il, de voir les armées sur une *ligne sans épaisseur*. Le front est très épais, au contraire. Etre au front, aller au front, c'est bien vite dit. Bien peu de gens peuvent ignorer aujourd'hui pourtant, que certaines affectations aux armées, c'est-à-dire au front, sont au point de vue de la sécurité, équivalentes, au point de vue des avantages matériels bien préférables, à nombre d'affectations à l'intérieur.

Tant donc que l'on n'édictera point, qu'on ne réalisera point à l'intérieur des armées, *dans l'épaisseur du front*, un échelonnement des médecins suivant leur ancienneté de classe, considération prise pour le temps déjà passé et la place déjà occupée par eux au front, il n'y aura qu'une apparence, une très vague apparence de classement équitable.

Mais encore faudrait-il que cette idée de classement cessât d'être unilatérale.

La fameuse circulaire Godard d'octobre 1916 — que cela est donc loin ! — et que récemment encore un confrère appréciait dans le *Concours* comme « excellente » (mon Dieu oui ! et il ne lui manque que d'avoir été appliquée !) avait été comprise ainsi par nombre d'intéressés : la relève était supprimée — un classement général, contenant *tous* les médecins *de la zône des armées et de l'intérieur*, allait dans quelques mois mettre tout le monde à sa place, d'après son âge et ses aptitudes — et *en attendant* que ce classement se fût établi, faculté était accordée aux médecins comptant 18 mois de présence au front, au moins, au 1er décembre 1916, de demander leur renvoi à l'intérieur pour une durée minima de 3 mois. A l'issue de ce séjour à l'intérieur, ils prendraient rang sur une liste de départ pour être affectés selon la règle du classement projeté. Quant aux médecins qui n'avaient pas encore au 1er décembre 1916, 18 mois de front, ils ne pouvaient bénéficier de cette dernière relève, mais le classement à intervenir les mettrait bientôt à leur place logique et définitive, s'ils ne s'y trouvaient pas à ce moment.

Or, on peut bien dire ou bien que cette circulaire n'a jamais été appliquée — enterrée au contraire, neutralisée, annihilée, enrayée par des mauvaises volontés et des intérêts contraires (et la preuve n'est-elle pas dans les circulaires plus récentes sur la relève des très vieilles classes, appliquées, celles-là, mais inutiles si la première, dont elles n'étaient en somme qu'une réédition partielle, limitée, n'était restée lettre morte — ou bien qu'elle n'a été opérante que par sa partie *négative* (suppression définitive de la relève) et *unilatérale* (tour de départ de l'intérieur pour le front).

Mais supprimer définitivement la relève et ne considérer un classement que pour les tours de départ pour le front, cela supposait — pour être équitable — que tous les médecins restés au front, non relevés, s'y trouvaient à leur place.

Il faut donc croire qu'on ignore ou que l'on a perdu de vue que sont restés au front depuis le début de 1917 non seulement les volon-

taires, non seulement les médecins jeunes et récemment arrivés, mais un certain nombre de médecins déjà âgés (j'ai personnellement 40 ans bien sonnés), et comptant un séjour au front bien supérieur à celui de leurs camarades bénéficiaires des relèves abolies, (récupéré, je compte personnellement plus de deux ans 1/2 de front — 32 mois — zône de l'avant : bataillon d'infanterie et ambulance divisionnaire) *sans aucun espoir* d'obtenir une relève, à moins d'une blessure ou d'une maladie.

Et ces médecins *oubliés* se demandent :

Pourquoi la loi Mourier applicable aux officiers d'administration du Service de Santé affectés à des formations d'autant plus éloignées de l'avant qu'ils appartiennent à des classes plus anciennes, ne l'est-elle point pareillement aux médecins ?

Quand la formule : les jeunes à l'avant, sera-t-elle appliquée aux jeunes confrères qui ont jusqu'ici évité cet avant, grâce aux aptitudes qu'ils se sont découvertes, depuis la guerre, pour des spécialités qu'ils n'avaient jamais, auparavant, exercées ? Car, exception faite pour les chirurgiens et quelques radiologues qui eux-mêmes sont de par leurs aptitudes, tenus à l'écart des corps de troupes, les « spécialistes » ne peuvent dépasser vers l'avant les formations d'armée. Est ce que nombre de médecins déjà âgés et dont le séjour au front se prolonge, ne seraient pas, tout autant que ces jeunes confrères, capables de s'initier rapidement à une spécialité ou de s'y perfectionner et de rendre autant qu'eux des services après leur avoir cédé leur place ?

Quelle affectation au front ont donc reçue ces nombreux médecins de 40 ans au plus qui ont été, dit-on, délogés de l'intérieur ? Il serait intéressant de le savoir ; et n'aurait-on pas pu, ne pourrait-on pas donner à ceux d'entre eux dont le séjour antérieur au front était nul ou moindre, les places occupées par les « oubliés », ces derniers allant à leur tour (si c'est de leur part une ambition démesurée ou prématurée que l'espoir d'un renvoi à l'intérieur dont nombre de leurs camarades bénéficient encore à l'heure actuelle sans l'avoir attendu si longtemps !) ces derniers allant à leur tour relever dans les formations d'armée et les formations d'étapes les camarades suffisamment âgés pour quitter les armées ?

En attendant mieux, cette mutation à trois degrés ne serait-elle pas équitable ? Là du moins, dans des formations d'armée ou d'étapes, les médecins déjà âgés et depuis longtemps au front, trouveraient une stabilité qu'ils ont de moins en moins dans les ambulances divisionnaires, devenues de plus en plus, parce qu'elles fonctionnent rarement, des manières de réserves de personnel où l'on puise des remplaçants pour les camarades de corps de troupes malades ou en permission.

Le *Concours* nous a dit : Il n'est pas possible que les médecins d'armée ou de corps d'armée ne s'inspirent pas de l'esprit de la loi Mourier : les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière. Mais il faut qu'on sache bien que seules des dispositions précises, des *ordres précis* obtiendront que pareille formule réponde enfin à la réalité. Un exemple : je sais un camarade de la classe 94 de par son âge et deux enfants, ayant plus de deux ans et demi de front, zône avant, pouvant de plus invoquer une santé amoindrie par une maladie grave contractée aux armées, qui, appartenant à une ambulance divisionnaire après avoir été médecin de corps de troupe, n'a obtenu, tout récemment d'être affecté à un hôpital auxiliaire d'armée, qu'en faisant très puissamment et de haut appuyer sa demande. Tous les titres ci-dessus énumérés n'auraient pas suffi, contre toute vraisemblance, à lui valoir une situation en tous points légitime.

Et c'est bien à ce parti qu'en arrivent nombre de confrères qui voient devant eux la porte indéfiniment fermée. Cette porte ne s'ouvre en principe que devant les blessés et les malades. Il faut ajouter : ou grâce à une mesure individuelle. La relève supprimée fonctionne toujours de temps à autre, à coups de piston.

Mais ceux qui ne peuvent pas ou ne *veulent* pas recourir à ce moyen ? Leur faut-il renoncer non pas seulement à voir s'égaliser le plus possible entre tous les médecins les risques et les inconvénients de la guerre, mais aussi, ce qui justifie davantage encore cette relève que tant de médecins de l'active ne veulent ou ne peuvent admettre ni comprendre, à voir se terminer, puisque la chose est possible, n'a jamais cessé de l'être ou l'est depuis longtemps pour tant d'autres, cet encroûtement dans l'inaction, cet arrêt de leur activité médicale à peu près complet est inévitable dans la presque totalité des affectations dans la zône avant, cette diminution professionnelle dont ils souffrent et qui sera une difficulté de plus pour eux le jour où, démobilisés, ils devront reprendre l'exercice de leur profession ?

Les tuberculeux dans l'armée

I

Voulez-vous me permettre de faire profiter les lecteurs du *Concours* de ce que m'a appris l'exercice de la médecine civile depuis la guerre ? En raison de la pénurie des médecins qui sont tous mobilisés, j'ai recommencé, malgré mes 70 hivers, à revoir des malades.

J'ai constaté que la tuberculose pulmonaire

a fait parmi les militaires qui rentrent dans leurs foyers à la 3e période de la phtisie, des progrès considérables. Il ne se passe pas de mois sans que je voie arriver à ma consultation des réformés n° 2 chez lesquels le traitement est inutile.

Il n'y a qu'une seule solution à cette situation déplorable pour la race, c'est le diagnostic précoce de la tuberculose au régiment et le renvoi rapide dans sa famille du soldat malade.

Sans vouloir traiter aujourd'hui la question des hôpitaux sanitaires, des stations sanitaires et des comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux, je voudrais faire connaître à mes jeunes confrères de l'armée le résultat de ma longue pratique médicale.

Il me paraît impossible qu'un médecin militaire, quelle que soit sa valeur, fasse dans un conseil de revision un diagnostic de prétuberculose. L'homme douteux sera donc incorporé. C'est à *l'infirmerie de la caserne* que dans la quinzaine doit être fait le diagnostic de prétuberculose.

L'homme douteux sera pesé en arrivant à la caserne et repesé dans la huitaine. Sa température buccale sera prise tous les jours à 8 heures et à 16 heures ; l'auscultation pratiquée trois fois par semaine et j'appelle l'attention d'une façon tout à fait particulière sur l'auscultation du sommet de la fosse sus-épineuse à droite et aussi à gauche, à la partie interne supérieure. J'y ai trouvé très souvent des signes non douteux de prétuberculose alors qu'ils manquaient ailleurs : inspiration rude et expiration prolongée, symptômes qui correspondent à la formation du tubercule au niveau et en dehors de la bronchiole. La percussion ne donne rien ; quand il y a de la matité, il est déjà trop tard. S'il y a de la toux (car il y a des tuberculeux au début qui ne toussent pas) et des crachats, les crachats seront examinés au microscope en se rappelant que l'absence de bacilles ne prouve pas l'absence de tuberculose (la tuberculose pouvant être une tuberculose non ouverte). La radioscopie à cette période de prétuberculose ne donnera qu'un résultat négatif, en raison de la ténuité et de la spécificité de la lésion. Si des râles légers bornés aux sommets ou d'un seul côté vous paraissent suspects en raison de la perte de poids du sujet et d'une tachycardie que rien n'explique, ayez recours au procédé de Sabourin : laissez le malade marcher et agir et vers 16 heures, prenez sa température buccale. Si pendant deux ou trois jours le thermomètre monte à 37° 3 ou 37° 5, vous pouvez confirmer votre diagnostic de tuberculose, car il suffit qu'un tuberculeux, même au début de sa maladie, soit un peu surmené pour que sa température s'élève au moins pendant une heure ou deux.

Je termine en citant les réflexions du même auteur spécialiste en la matière. « Il est clair « que si les tuberculoses pulmonaires étaient « dépistées à la période délicate du début, en « quelques mois de repos et de vie animale au « grand air, on remettrait sur pieds les 8/10e des « tuberculeux au début, étant admis que les « deux autres dixièmes ne présentent pas une « constitution suffisante pour la lutte. Une fois « remis sur pieds, ces tuberculeux en belle guérison au moins apparente, n'auront plus qu'à « se souvenir qu'ils ont été touchés une fois, et « bien avertis, suivront une hygiène qui devra « les mettre à l'abri de toute rechute. »

Et j'ajoute aux lignes ci-dessus qu'un *tuberculeux guéri récupéré ne peut pas faire un soldat ni dans les tranchées, ni à l'arrière, ni dans les usines.* Il doit être renvoyé chez lui muni du vade mecum d'hygiène que lui délivrera le comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux de son domicile. Comité qui doit exister dans chaque département.

Dr Meslier,
ex médecin-chef de l'hôpital
de Barbezieux, (Charente).

II

Depuis le début de la guerre, on ne manque pas une occasion d'affirmer que les engagés volontaires doivent être examinés *avec le plus grand soin*, lors de leur engagement :

« Les candidats à l'engagement doivent présenter les mêmes couditions d'aptitude physique que les appelés », recommande, à la page 4 de chacune de ses successives éditions l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire ; et elle ajoute : « On procède, néanmoins, à l'examen de ces jeunes gens *avec un soin tout particulier.* »

La même recommandation s'est trouvée renouvelée au moment des recensements, révisions, appels des classes 1916, 1917, 1918, 1919, qui, toutes, ont été incorporées par anticipation et dont les appelés se sont, par conséquent, trouvés, au point de vue : âge et conditions d'aptitude physique, dans une situation identique à celle des engagés volontaires.

C'est ainsi que, dans son rapport, fait au nom de la commission de l'armée du Sénat, chargée d'examiner le projet de loi relatif au recensement, à la révision et à l'appel de la classe 1919, M. Paul Strauss, sénateur, s'exprime comme voici :

« Il convient de ne point perdre de vue les « termes de l'arrêté du 9 avril 1915, reproduit « pour la formation de la classe 1918 :

« Les présidents des conseils de révision rappelleront fréquemment à ces conseils et aux



NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES & MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 gram 3f 50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
ANTISEPTIQUE
GYNÉCOLOGIQUE
NÉOLIDES H3
PRIX 3f 60
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren. Paris.

« médecins experts que l'examen des jeunes « gens de la classe 1918 doit avoir lieu avec le « plus grand soin, en raison même de l'âge de « ces jeunes gens, dont beaucoup n'ont pas en- « core atteint le développement physique, seul « susceptible d'offrir des garanties de résistance « à l'épreuve du service militaire.

« Une sélection sévère devra donc être faite, « *comme s'il s'agissait de choisir parmi les jeunes « gens examinés des engagés volontaires, lesquels « doivent présenter les mêmes conditions d'aptitu- « de physique que les appelés d'âge normal.*

« Les médecins apporteront une attention « particulière à la recherche de tous les signes « de vigueur fonctionnelle insuffisante de l'or- « ganisme *et s'attacheront spécialement à décou- « vrir les symptômes de tuberculose ou même de « simple prédisposition à cette maladie.* Ils pren- « dront connaissance, pour s'éclairer, des certi- « ficats médicaux présentés par les intéressés. » (Documents parlementaires, Sénat 1917. Annexe n° 449 page 827. colonnes 2 et 3).

Ceci dit — et il m'était malheureusement nécessaire de le rappeler, puisque, trop souvent, ces sages recommandations demeurent lettre morte — veuillez apprécier, par la lecture de la suggestive observation que voici, comment des médecins qui s'imaginent servir leur pays, travaillent, en réalité et finalement, à son préjudice : « Ils croient savoir et ils ignorent ; ils « sont d'autant plus « *suffisants* » dans la bonne « opinion qu'ils ont d'eux-mêmes et dans le « jugement péjoratif qu'ils portent sur les au- « tres, qu'ils sont plus « *insuffisants* » dans leurs « connaissances cliniques. » (Docteur Emile Sergent, médecin de la Charité ; les Etapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire, in *Le monde médical*, novembre 1917, page 386 et in *Le Concours médical*, numéro du 15 février 1918, page 175, colonne 2).

M. A. V..., âgé de 19 ans, a des parents (père et mère) qui, entre 25 et 30 ans, « ont eu, chacun, quelque chose à un sommet ».

Au moment de sa puberté, il a présenté, au sommet du poumon gauche, des signes stétoscopiques (submatité au niveau des fosses sus et sous-épineuses, de l'espace interscapulaire du même côté — expiration prolongée, retentissement de la voix — augmentation des vibrations thoraciques, sous la clavicule, — inspiration saccadée).

Pendant deux ans, à partir de ce moment, ce jeune malade fut l'objet d'une surveillance spéciale et, sous l'influence d'une hygiène rigoureuse et d'un régime approprié, son état, tant local que général, s'est amélioré.

Fin décembre 1916, ayant atteint ses dix-huit ans, il s'engage volontairement, dans un régiment d'artillerie lourde et est accepté. Cependant, en vue de lui éviter, à la suite de son incorporation, les vaccinations antityphiques, dont les conséquences, au poins de vue tuberlose pulmonaire, ne semblaient que trop à redouter pour lui, son médecin lui délivra le certificat que voici :

» Je soussigné, docteur..., de l'Académie de « Médecine, médecin de l'hôpital..., certifie avoir « examiné, aujourd'hui, Monsieur A... V... âgé « de 18 ans, et avoir constaté, à l'examen de « l'appareil respiratoire, les signes suivants, du « côté *gauche* : en arrière ; submatité du som- « met, avec *craquements secs, disséminés* dans le « lobe supérieur, prédominant au niveau de « l'extrémité inférieure de la scissure interlo- « baire, à sa région axillaire postérieure et cons- « tituant un foyer très net, où s'ajoutent aux « craquements *des râles sous-crépitants*, au ni- « veau de l'espace inter-scapulo-vertébral, près « de la racine de l'épine de l'omoplate. Les cra- « quements secs et discrets se retrouvent dans « le creux sus-claviculaire gauche. *Ces signes* cor- « respondent, d'ailleurs, à l'aspect général de « M. A... V... Absolument rien d'anormal, ni « dans le côté droit du thorax, ni au cœur.

« Le 22 décembre 1916. »

Après trois mois et demi d'un service militaire, d'ailleurs dur et intensif, ce malade a, au milieu d'avril 1917, un accés de fièvre momentanée, qui l'amène cependant à demander à passer à la visite. Son sommet gauche est reconnu atteint de tuberculose pulmonaire.

Il est aussitôt envoyé en observation dans un service hospitalier de militaires tuberculeux et réformé trois semaines après, en mai 1917. Contrevisité en septembre suivant, il est maintenu réformé et son médeein me l'adresse, à Cambo, où il arrive au début d'octobre 1917 :

Je trouve un grand garçon, mince, allongé, avec des poumons visiblement à l'étroit dans une cage thoracique étriquée.

Sa taille est de 1 m. 735 ; son périmètre thoracique est de 76 centimètres ; son poids, pris nu, est de 57 k. 200. Il a donc un indice de Pignet de 40 ! Il présente, à gauche, un important foyer de ramollissement à l'endroit précis, indiqué dans le certificat ci-dessus reproduit, foyer qui donne lieu à une expectoration mucopurulente épaisse, qui renferme de très nombreux bacilles de Koch, se présentant surtout épars et par groupes, mais aussi par masses... et quelques fibres élastiques.

Depuis sept mois que je le suis à Cambo, ce malade lutte péniblement contre une tuberculose pulmonaire sévère qui m'inspire de vives inquiétudes vis-à-vis de l'avenir.

Voilà où nous en étions, en France, au point

de vue tuberculose pulmonaire dans l'armée après plus de trente mois de guerre..., et où nous en sommes bien encore, il me semble, aujourd'hui.

Tout commentaire affaiblirait la portée de cette observation ; répétons seulement, à sa suite, avec le regretté professeur Landouzy, et en manière de conclusion ;

« Va-t-on enfin comprendre que la tuberculose « n'est qu'une des faces de la question sociale ? « Va-t-on enfin comprendre qu'à la pandémie « tuberculeuse, tuant, bon an mal an 100.000 « Français, sont liés les intérêts de la sécurité « nationale, de la puissance et de la richesse du « pays, comme l'avenir de la race ?

«..

« Exagèrent-ils donc, ceux d'entre nous qui, « sans se lasser, répètent que *la France périt de* « *tuberculose* autant que d'alcoolisme ? Auront-« ils été bons serviteurs du pays, ceux de nos « phtisiologues qui, en face du débordement de « la tuberculose, accru par dix-sept mois (et « maintenant quarante cinq) d'hostilités, voient « la question de la maladie sociale se poser « anxieusement comme un autre aspect de la Dé-« fense Nationale ? » (*Paris médical*, 6e année, nº 3, 15 janvier 1916, page 64, 1re colonne : La guerre et la tuberculose 1914-1915, par le Pr Landouzy, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant aux armées).

Dr Hamant.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

19958. — M. le commandant Josse, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1º si le fait pour un médecin d'avoir contracté une maladie contagieuse dans son service lui donne droit à la médaille des épidémies ; 2º dans l'affirmative, pourquoi une proposition faite le 21 août 1917 par un médecin chef de la place de Marmande n'a pas été suivie d'effet. (*Question du* 15 *janvier* 1918).

Réponse. — 1º Réponse affirmative ; 2º les indications contenues dans la question, qui ne donne pas le nom du médecin visé, sont insuffisantes pour permettre de répondre.

19989. — M. Claussat, député, demande à M. le ministre des finances si l'administration des contributions directes a le droit de réclamer à un médecin-major, sur le front depuis le début des hostilités, le payement de la taxe afférente à une voiture automobile dont il ne s'est jamais servi depuis la mobilisation et qui est complètement démontée, ajoute qu'à la suite d'une réclamation de ce médecin, qui a été rejetée, l'administration l'invite, sous peine de poursuites, à payer dans le délai de dix jours ou à s'expliquer devant le conseil de préfecture dans le même délai, alors qu'il se trouve actuellement au front. (*Question du* 17 *janvier* 1918.)

Réponse. — Ainsi que l'a décidé le conseil d'Etat par un arrêt du 18 mai 1917 (Couderc), le fait par un médecin mobilisé de s'être trouvé dans l'impossibilité de faire usage de la voiture automobile qu'il possède pour l'exercice de sa profession, ne saurait lui conférer le droit d'obtenir la décharge d'une imposition établie conformément à la loi, la circonstance que dans l'espèce visée ci-dessus la voiture en cause serait provisoirement démontée ne constituant pas au surplus un motif d'exemption. Le médecin dont il s'agit ne saurait d'autre part, en tant que mobilisé se trouvant sur le front, être actuellement poursuivi pour le payement de son imposition.

(*J. O.*, 20 février 1918).

20065 — M. Durafour, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique si un étudiant mobilisé qui, par application de la circulaire ministérielle du 7 novembre 1917 a obtenu l'autorisation de prendre une inscription doit renouveler sa demande à l'occasion de chacune des inscriptions suivantes, ou si l'autorisation première est acquise une fois pour toutes. (*Question du* 18 *janvier* 1918.)

Réponse. —L'autorisation de prendre des inscriptions, donnée aux étudiants dont la position militaire a été définie par la circulaire du 7 novembre 1917, vaut pour toute la période pendant laquelle ils se trouvent dans les conditions prévues par cette circulaire, sans qu'ils aient à renouveler leur demande à chaque trimestre scolaire.

20322. — M. Guernier, député, expose à M. le ministre de l'instruction publique que les jeunes gens des classes 1913 et 1914 qui étaient à la veille de commencer des études de droit ou de médecine au moment de la déclaration de la guerre, se trouvent dans l'obligation de ne prendre leur première inscription qu'après les hostilités, que le temps passé par eux sous les drapeaux, va les mettre en état d'infériorité par rapport aux jeunes gens des classes postérieures en faveur desquels diverses mesures exceptionnelles ont été prises ; que, parmi les jeunes gens des classes 1913 et 1914, il en est plusieurs qui avaient obtenu le diplôme de P. C. N. et ont acquis dans les formations sanitaires des

AVIS IMPORTANT

NOTRE PUBLICITÉ

Les lecteurs du Journal, toutes les fois qu'ils estimeront devoir prescrire un produit spécialisé, sont instamment priés de donner la préférence — lorsqu'elle s'accordera avec l'intérêt de leur malade — aux produits dont ils trouvent l'indication dans notre publicité et qui sont exclusivement français. Ils ne sauraient oublier le nom de ceux qui, par leurs annonces, nous apportent le moyen d'accroître l'action de prévoyance et de défense mutuelle inaugurée (et suivie avec un succès toujours croissant) par le CONCOURS MÉDICAL.

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 39. — A louer dans le Jura, villa de confrère meublée 10 pièces (eau, électricité, jardin), facilité pour un docteur de faire de la clientèle.

N° 40. — On demande pour clinique Docteur représentant bien. 2 heures travail par jour. Poste de longue durée. Bons appointements. Docteur, 28, rue Vital Carles, Bordeaux.

N° 41. — A vendre un petit duc, solide et léger, avec capote, tablier, spider et strapontin donnant 5 places. Mme Raoult, 87, rue d'Altuféra, Vernon (Eure).

N° 42. — Réfugiée ayant son brevet élémentaire et plusieurs années d'enseignement, serait heureuse de trouver pour fin juillet une place d'institutrice dans famille. Références, peu exigeante.

N° 43. — Docteur ayant belle clientèle et besoin de repos, désire s'adjoindre un confrère pour l'aider. Conditions avantageuses.

N° 44. — On céderait immédiatement poste médical, seul médecin, tous services administratifs, pharmacie, automobile. Bonnes conditions.

Petite correspondance

Dr M. à *Concours.* — Je vous serais bien obligé de me donner le renseignement suivant :

La ville où j'exerce avait d'après le dernier recensement plus de 5.000 habitants ; actuellement, elle en a moins de 5.000.

Le prix de la visite au tarif Dubief qui était ici de deux francs tombe-t-il de ce fait à 1 fr. 50 ainsi que le prétend une compagnie d'assurance ?

Réponse. — Pour la détermination du prix de la visite au tarif Dubief, on ne peut se baser, si l'on

Suite page XXIII

La Bibliothèque et la Librairie du « Concours Médical »

BROCHURES DIVERSES

L'impôt sur le revenu : *Son application au revenu de la profession médicale,* par J. Dumesny, secrétaire de la direction du *Concours Médical.* Prix franco : 0 fr. 50.

Le Service médical des Mutualités : Ses défectuosités ; le peu de garanties qu'il offre aux Sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins, par le Dr Vimont. — Prix franco : 0 fr. 25 (par cent. : 10 fr.).

Les honoraires medico-légaux et l'exercice de la médecine légale, par le Dr Lande. Franco, 0 fr. 25.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, Conseil judiciaire du « Sou médical » Prix : 10 fr. franco.

Statuts-types d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles et **Comment doit naître et vivre un Syndicat médical.** Les deux plaquettes Prix : 0 fr. 10, franco.

Vade-mecum du médecin dans ses interventions pour les accidents du travail régis par les lois de 1898-1902-1905 et contenant le Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et les tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr G. Duchesne ; revu et augmenté par J. Dumesny. Prix : franco : 2 fr. 50.

Les accidents du travail. Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants droit, par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : 0 fr. 15 franco.

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr Diverneresse. Prix : 1 fr. franco.

Les bureaux d'hygiène, par le Dr Courgey. Prix : 0 fr. 50 franco.

Guide pratique de l'ouvrier victime d'un accident du travail, par MM. Bagnol et Tabary, Prix : 0 fr. 25 franco.

Les Médecins et la Mutualité, par le Dr Pierre Darin. Prix : 1 fr. franco.

Petit code juridique et technique à l'usage des propharmaciens, par le Dr G. Duchesne. Prix : franco 0 fr. 25.

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les **accidents du travail.** Franco, 0 fr. 50.

Tarif spécial minimum raisonné des honoraires médicaux (ancien tarif Jeanne refondu et augmenté), vol. de 212 pages in-12 relié, franco 3 fr.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces différents imprimés sont envoyés au prix de franco :

Les 50	3 fr. »	Les 500	21 fr. »
Les 100	4 fr. 50	Les 1000	40 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50 7 fr., le cent, 12 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 3 fr. 50 les 50, et 6 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires). **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 3 fr. 50 les 50 et 6 fr. le cent.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies selon les indications du Tarif Jeanne Les 50, 3 fr. ; le cent, 4 fr. 50 ; les 500, 21 fr. ; le 1000, 40 fr.

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER Administrateur du « Concours Médical », 132, faubourg St-Denis, PARIS

connaissances équivalentes à celles que leur eût procuré l'enseignement des facultés ; et demande s'il ne serait pas équitable de leur accorder, dès le temps de guerre, des inscriptions provisoires dont la validation serait subordonnée au fait de subir avec succès les examens de faculté, après la guerre. (*Question du 31 janvier* 1918.)

Réponse. — Le ministre se préoccupe d'atténuer dans la mesure du possible les inégalités signalées par l'honorable député entre les étudiants mobilisés des diverses classes de recrutement, inégalités résultant pour la plupart des différentes dates d'appel de ces classes. Mais il importe qu'une entente préalable s'établisse sur ce point entre les départements de la guerre et de l'instruction publique : c'est vers cette entente que tendent actuellement les efforts du ministre. (*J. O.*, 8 février 1918.)

20672. — M. Paul Constans (Allier), député, expose à M. le ministre de l'instruction publique qu'une note prescrit que les officiers inaptes et les hommes de troupes du service auxiliaire qui ont pris des inscriptions avant la guerre peuvent continuer leurs études et faire acte de scolarité, et lui demande si les sous-officiers et caporaux inaptes jouissent des mêmes droits et, dans le cas de la négative, s'il n'y aurait pas lieu de les faire bénéficier de cette mesure, ajoutant que leur situation est digne d'intérêt puisque, assimilés aux officiers par les conseils de réforme, ils devraient aussi leur être assimilés au point de vue universitaire. (*Question du* 19 *février* 1918.)

Réponse. — Les mesures prises pour permettre à des étudiants mobilisés de continuer leur scolarité ont fait l'objet, non pas d'une note, mais d'une circulaire du ministre de l'instruction publique adressée aux recteurs, le 7 novembre 1917. Les dispositions de cette circulaire s'appliquent, sans distinction de grade, à tous les étudiants remplissant les conditions qu'elle fixe et dont la principale est la suivante : avoir été versé dans le service auxiliaire à la suite de blessures de guerre ou de maladie contractée au front.

(*J. O*, 3 mars 1918).

20685. — M. Jean Lerolle, député, demande à M. le ministre de la guerre s'il est exact que les médecins des classes 1 89, 90 et 91, restés aux armées sur leur demande, n'ont plus le droit de demander leur relève, contrairement à ce qui avait lieu jusqu'ici. (*Question du* 20 *février* 1918.)

Réponse. — Les médecins des classes 1889, 90 et 91, restés aux armées sur leur demande, conservent leur droit à la relève.

(*J. O.*, 12 mars 1918).

20709. — M. Paul Constans (Allier), député, expose à M. le ministre de la guerre qu'une note récente prescrit que les officiers inaptes et les hommes de troupe du service auxiliaire ayant pris des inscriptions avant la guerre pourront continuer leurs études et faire acte de scolarité, et lui demande si les sous-officiers et les caporaux inaptes jouissent des mêmes droits, et, dans le cas de la négative s'il n'y aurait pas lieu de les faire bénéficier de cette mesure, ajoute que leur situation est digne d'intérêt ; qu'étant assimilés aux officiers par les conseils de réforme, ils devraient leur être assimilés au point de vue universitaire. (*Question du* 24 *février* 1918.)

Réponse. — La note du 1er octobre 1917, insérée au *Journal Officiel* du 5 octobre, page 7915, a fixé les différentes catégories de militaires élèves des grandes écoles, qui peuvent être autorisés à en suivre les cours. Elles ne sauraient être étendues à d'autres catégories, en raison des nécessités du maintien des effectifs.

1804. — M. Ournac, sénateur, demande à M. le président du conseil, ministre de la guerre, de prendre des mesures pour améliorer la situation tout à fait défavorable des élèves de l'école du service de santé militaire de Lyon, pourvus de huit inscriptions, faisant campagne depuis le début avec le grade de sous-aide-major et maintenus dans ce grade, alors que les candidats refusés, pourvus à la mobilisation de douze inscriptions dont quatre au régiment, sont actuellement aide-majors. (*Question du* 21 *février* 1918.)

Réponse. — L'instruction du 8 avril 1917, actuellement en vigueur ne contient pas de dispositions spéciales concernant les élèves de l'école du Service de santé militaire de Lyon. Des mesures susceptibles de faciliter aux étudiants en médecine, sous réserves des nécessités du service, la poursuite de leurs études sont soumises actuellement à l'étude.

(*J. O.*, 15 mars).

21099. — M. Charles Bernard (Seine), député, demande à M. le Ministre de la guerre quelle est la cause du retard apporté à la relève des officiers du Service de Santé de la classe 1892, relève annoncée comme étant en voie d'exécution, d'après une déclaration faite à la Chambre, le 20 décembre 1917, par M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé ; le temps de relève d'une classe est, d'après une réponse parue au *Journal officiel* de janvier, de vingt-cinq à trente-cinq jours, ajoutant que plus de deux mois et demi après le 20 décembre, les officiers touchés par la relève de cette classe n'ont encore pas reçu leur mutation. (*Question du* 13 *mars* 1918.)

Réponse. — La relève des officiers du Service de Santé de la classe 1892, qui était en voie d'exécution, a été suspendue, en raison de nécessités de service. Elle sera reprise dès que les circonstances le permettront.

J. O., 11 avril 1918.

21260. — M. le duc de Blacas, député, demande à M. le Ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts de faire connaître si, en raison de la prolongation de la guerre, un étudiant en médecine de la classe 1915, exempté, ayant contracté un engagement spécial depuis deux ans comme infirmier dans un hôpital d'une ville où existe une école de médecine et pouvant y suivre en partie ses cours. a le droit de continuer à prendre des inscriptions et à passer ses examens. (*Question du* 19 *mars* 1918.)

Réponse. — Réponse affirmative.

21266. — M. Guernier, député, expose à M. le Ministre de la marine qu'un concours a été ouvert pour l'admission des étudiants de la classe 1919 à l'école de santé navale, que ces étudiants qui ne possédaient que le diplôme de P. C. N. ou une inscription de doctorat se sont présentés en nombre inférieur au chiffre des places offertes à ce concours, et demande s'il ne serait pas équitable d'admettre à ce concours les jeunes gens de la classe 1915 qui sont presque tous mobilisés dans l'infanterie et qui ont obtenu, avant leur mobilisation en décembre 1915, leur diplôme de P. C. N., ajoute que ces jeunes gens ont au moins deux ans de présence au front et qu'ils mériteraient de bénéficier des avantages accordés à leurs cadets de la classe 1919 qui n'ont pas encore été à l'armée. (*Question du* 19 *mars* 1918.)

Réponse. — Le Ministre de l'instruction publique a fait connaître à diverses reprises, que les étudiants en médecine et en pharmacie ne pouvaient pas être autorisés à faire acte de scolarité pendant le temps de leur présence sous les drapeaux. C'est là une règle commune à tous les étudiants, et à laquelle il n'est fait exception que lorsque les intéressés sont momentanément inaptes au service, par suite de blessures ou de maladie. Il n'était par suite, pas possible d'admettre à concourir pour l'entrée à l'école préparatoire temporaire de Bordeaux les étudiants en médecine mobilisés dans l'armée ou dans la marine et appartenant aux classes 15, 16, 17 et 18, puisqu'ils n'auraient pu obtenir du département de l'instruction publique l'autorisation de prendre des inscriptions près la faculté de médecine.

Note de service n° 2833 du 27 avril 1918 du Ministre de la guerre.

« Le § de la circulaire n° 1914 D du 17 février 1918 relatif aux mises hors cadres des officiers de complément doit être interprété en ce sens : que les officiers des classes 1888 et plus anciennes pourront être rayés des cadres sur leur demande. »

C. M. n° 14.077 A. 1/7 du 30 avril 1918.

En suite de la circulaire du 21 octobre 1917 n° 33763 1/7, des congés sans solde jusqu'à nouvel ordre ont été accordés, sur leur demande, aux officiers de complément du Service de Santé des classes de mobilisation 1887 et antérieures, ou ramenés d'une de ces classes par au moins 6 enfants vivants, à raison d'une classe par enfant (un fils tué à l'ennemi comptant, pour ce calcul, comme enfant vivant).

J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai décidé d'étendre cette mesure à la classe 1888.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

A PROPOS DE LA DÉPOPULATION

Que penser d'un salaire de maternité

Par Paul Delmas.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans un article de tête de la *Presse médicale* du 23 juillet 1917, et qu'il dédie aux législateurs, aux médecins et aux mères de France, M. Triboulet, après avoir posé avec précision que repopulation et dépopulation doivent être séparément envisagées, conclut ainsi : que si les projets de repopulation sont de réalisation incertaine et tout au moins éloignés, par contre la lutte contre la dépopulation, d'une réalisation plus urgente, lui paraît plus pratique et d'effet plus immédiat. Dans ce but, il propose que soient payées aux salariés par leurs employeurs des indemnités de grossesse et d'allaitement.

Petite Correspondance (Suite)

—

veut éviter toutes difficultés, que sur le chiffre officiel de la population, tel qu'il ressort du dernier recensement. Comment, en effet, en dehors des statistiques officielles, connaître d'une façon certaine le chiffre de la population d'une commune ?

Si la population de votre résidence avait été, d'après le dernier recensement, inférieure à 5000 habitants, et avait, depuis, dépassé ce chiffre, les Compagnies d'assurances ne manqueraient pas de méconnaître cette augmentation, puisqu'elle serait à leur désaventage. Il nous semble donc légitime et juridique en même temps, que vous refusiez de tenir compte d'une diminution possible du nombre des habitants de votre localité, pour vous en tenir au chiffre officiel de la population.

Dr F. à *Concours*. — Veuillez, je vous prie, noter mon changement d'adresse pour le service du « Concours ».

Permettez-moi de vous dire toute mon admiration pour la franche attitude et la louable énergie de votre précieux journal.

J'ai lieu de croire que vous ne resterez pas insensible à ce modeste témoignage émanant d'un médecin de complément à deux galons (depuis 10 ans) de la classe 1889 ; 3 enfants, mobilisé dès le 1er jour et ayant connu les douceurs du front.

Dr N. à *Concours*. — En qualité de vieil abonné du *Concours* je viens vous prier de vouloir bien me donner quelques renseignements sur les questions suivantes :

1°. — *Impôt sur le revenu*. — Le contrôleur me demande le chiffre de mon traitement d'aide-major en 1915-16-17 que j'ai omis dans mes précédentes déclarations.

Est-il possible de comprendre comme revenu la solde dérisoire d'aide-major de 2e classe alors que j'ai perdu pendant 3 ans 1/2 ma situation médicale, et que mes frais de nourriture et d'entretien ont absorbé toute ma solde ?

2° *Nomination au grade d'Aide-major de 1re classe*. — Agé de 50 ans et conformément à la dernière circulaire, j'ai été mis en congé sans solde à dater du 1er janvier 1918 et suis toujours resté malgré toutes mes démarches aide-major de 2e classe.

....

Suite page XXVI.

Pris en considération par le législateur, ce projet est-il susceptible de porter un remède au mal dont se mourait le pays, quand la guerre est venu lui rappeler brutalement quel péril font courir de prolifiques voisins à une nation de célibataires et de fils uniques ? Pour m'être à différentes reprises et dans différentes revues déjà occupé de la question, je crois pouvoir répondre par la négative.

A supposer ce projet adopté, il ne serait tout d'abord équitable que pour l'employeur-Etat, mais l'imposer aux chefs d'industrie aboutirait à grever leur budget d'une charge supplémentaire injuste : ils ne sont en effet pas plus bénéficiaires de la maternité de leurs employées que tout autre citoyen ; on ne voit donc pas, en dehors de la contrainte, sur quoi s'appuyer pour les amener à faire les frais de cet encouragement à la repopulation, directement ou indirectement. Aussi bien, quand la nécessité de la vie économique conçue avec plus d'initiative et de hardiesse, n'est disputée par personne, convient-il de ne faire appel qu'à une fiscalité prudente. Même philanthrope, et il l'est plus souvent que certains n'en conviennent, l'industriel ne peut s'abstenir des réalitées engendrées par la concurrence. Il aurait tôt fait de se dérober à cette charge nouvelle en ne recrutant son personnel que parmi les filles ou les veuves de manière à rendre légalement la loi la plus inopérante possible.

Mais ce n'est qu'un des petits côtés de la question, puisque les salariées de tout ordre ne constituent qu'une partie des mères, et la moins nombreuse. Fussent-elles aidées dans l'accomplissement de leur devoir maternel, qu'il n'y aurait là qu'un remède à la mortalité infantile. Le problème n'est certes pas sans grandeur, quoique la lutte contre le massacre des tout-petits finisse par s'arrêter, à un certain moment, devant l'impitoyable loi de la sélection naturelle, par laquelle ne survivent que les plus aptes.

La vie est sacrée, et pour le médecin plus que quiconque, lui dont le rôle est essentiellement de la conserver en luttant contre tout ce qui la peut menacer. Mais enfin, le puériculteur le plus accompli est-il cent fois dépassé par le couple de braves gens qui ne fraudent pas à limiter leur descendance. Quelqu'intérêt qu'ait le pays à conserver les existences précieuses de ceux qui sont, rien n'est fait, tout est à faire, tant que la fécondité des ménages français sera distancée, et de combien loin, par l'étranger.

Certes le problème est complexe, et la part des facteurs moraux, je l'écrivais naguère dans le *Concours médical*, est-elle importante. Encore faut-il cependant que les familles nombreuses ne soient pas, comme il est de règle aujourd'hui, uniquement désavantagées au regard de celles qui ont écarté, de parti pris, les charges de la paternité. Il n'est malheureusement pas besoin de démontrer que toute notre fiscalité est oppressive vis-à-vis du père de plusieurs enfants, et d'autant plus qu'il en a davantage.

Aucun remède efficace n'est à envisager tant que l'égoïsme, ou simplement la prévoyance et la nécessité d'équilibrer un budget inextensible, feront qu'il est plus avantageux de n'avoir qu'un ou 2 enfants là où ils coûte trop cher d'en élever plusieurs. C'est là le nœud du problème. Faire des enfants n'est rien, les élever *est tout.*

Il ne saurait être question de sanctions pécuniaires vis-à-vis de ceux qui n'ont pas de descendance ou qui l'ont limitée, pas plus que de secours honteux aux familles nombreuses. Par contre, il est équitable que la collectivité répartisse les charges avec justice.

Au regard de l'impôt du sang, la famille inféconde n'a pas envoyé d'enfants à la frontière, alors que le père de famille a donné ses fils. Ce n'est pas que dans l'appel au drapeau qu'il a répondu présent. Dans la lutte économique que représente la concurrence pacifique des nations, les uns reçoivent du pays plus qu'ils ne lui ont donné, alors que la progéniture des autres concourt à la prospérité de l'ensemble.

Ainsi convient-il, sur le terrain de la seule équité, que celui-là qui n'a pas voulu, ou qui n'a pas pu donner au pays les 3 enfants minimum indispensables, puisque les 2 premiers ne font que remplacer nombre pour nombre les parents à leur mort, fournisse pécuniairement à l'Etat ce que lui coûterait chaque année, l'éducation, selon son milieu social, des enfants qu'il n'a pas eus.

J'ai ici même traité trop complètement la question, pour m'y appesantir à nouveau, mais il faut pousser sans relâche le cri d'alarme. Les sacrifices les plus glorieux auraient été vains, si au jour de la victoire, le pays ne s'était ressaisi, et, si, triomphante par les armes, la France devait décliner et s'éteindre, faute de Français. Chacun d'entre nous en doit au pays, ceux qui n'en ont pas doivent payer pour ceux qui en ont.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration (26 mars 1918).

En raison des circonstances, le Conseil se borne à expédier les affaires courantes.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, il alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

13 Barthez	Aude	3 mois	300 »
15 Hervot	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
31 Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34 Parmentier	Var	3 mois	300 »
41 Rigabert	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
68 Cesbron	Seine-et-Oise	2 mois	200 »
74 Coutaud	Maine-et-Loire	15 jours	150 »
80 Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100 Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106 Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
110 Dimey	Eure	51 jours	51 »
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154 Poirson	Jura	36 j. + un mois et 17 j. chr.	516 60
171 Laguens	*Gironde*	3 mois	300 »
173 Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186 Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
220 Maupomé	Hautes-Pyrénées	30 jours	300 »
239 Guichemans	Basses-Pyrénées	20 jours	200 »
243 Perret	Drôme	40 jours	400 »
247 Doret	Loiret	3 mois	300 »
260 Jacquot	Oise	7 jours	70 »
274 Albert	Rhône	34 jours	340 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
327 Fuzet du Pouget	Ardèche	3 mois	300 »
331 de Faucher de la Ligerie	Charente-Inférieure	6 jours chr.	20 »
339 Terras	Bouches-du-Rhône	17 ours + 2 mois et 15 jours chr.	420 »
341 Chabanon	Lozère	un mois	100 »
357 Mathieu	Paris	3 mois	300 »
381 Hamon	Ille-et-Vilaine	10 jours	100 »
388 Lavallée	Paris	3 mois	300 »
436 Regoby	Seine-et-Marne	un mois	100 »
442 Froment (½)	Bouches-du-Rhône	41 jours	205 »
443 Moullade	Loire	32 jours	320 »
444 Patet	Saône-et-Loire	22 jours	220 »
454 Lurette	Pas-de-Calais	12 jours	120 »
519 Bayou	Morbihan	21 jours	210 »
531 Nasser	Loire	9 jours	90 »
532 Doubrère	Gironde	31 jours	310 »
545 Richard	Savoie	3 jours	30 »
549 Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
555 Coye	Alpes-Maritimes	55 jours	550 »
564 Dengler	Jura	3 mois	300 »
597 Sellerin	Aube	3 mois	300 »
611 Morel	Savoie	3 mois	300 »
667 Lecler	Ille-et-Vilaine	7 jours	70 »
680 Pelloquin	Var	30 jours	300 »
688 Moumarson	Paris	25 jours	250 »

712 Laffage	Côte d'Or	38 jours	380 »
770 Caudron	Paris	3 mois	300 »
851 Mlle Roussel	Seine-Inférieure	12 jours	120 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
873 Massol	Var	5 jours	50 »
878 Sallé	Somme	3 mois	300 »
888 Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
910 Mendel	Paris	3 mois	300 »
912 Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
939 Toupance	Yonne	26 jours + 2 mois et 10 jours chr.	433 30
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
958 Saint-German	Haute-Garonne	12 jours	120 »
1020 Abelly	Vaucluse	4 jours chr.	13 30
1045 Guny	Oise	3 mois	300 »
1177 Glatard	Oran	3 mois	300 »
1258 Delahousse	Pas-de-Calais	16 jours	160 »
1272 Molinéry	Hautes-Pyrénées	3 mois	300 »
1294 Freyche	Ariège	25 jours	250 «
1308 Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1328 Bourgeois	Ain	un mois et 17 jours chr.	156 60
1329 Goldenberg	Seine-et-Oise	19 jours	190 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1530 Legourd	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1565 Delon	Gard	5 jours	50 »
1573 Lecouillard	Manche	12 jours chr.	43 30
1607 Charpentier	Ille-et-Vilaine	14 jours	140 »
1620 Dalban (P.)	Isère	5 jours	50 »
1625 Staïcoff	Isère	3 mois	300 »
1685 Pinard	Ain	14 jours	140 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	23 jours + 2 mois et 8 jours chr.	456 65
1750 Clerc	Jura	5 jours + 26 jours chr.	68 30
1793 Conte	Aude	3 mois	300 »
1895 Fort	Seine-et-Marne	6 jours chr.	20 »
1936 Deswarte	Nord	3 mois	300 »
		Total	20.043 05

Le Conseil inflige une amende de 50 fr. à un sociétaire qui est resté plus de trois mois sans donner de ses nouvelles (récidive).

Combinaison R.

Le Conseil vote le remboursement de la somme de 4.708 fr. à la succession du Dr Bourgeois (Ain) et de la somme de 1848 fr. à la succession du Dr Nimier (Ille-et-Vilaine), cotisations contre-assurées).

Combinaison V.

Le Conseil alloue une somme de 150 francs à Madame Beauxis-Lagrave, et à Madame Lepage pour leur pension du premier trimestre 1918.

Admissions

Le Conseil admet à la combinaison P. M. M les docteurs :

Lacomme, de Lucenay l'Evêque, Saône-et-Loire
Archimbaud, d'Aiguilles, Hautes-Alpes.

Consulté par le Trésorier au sujet de l'impôt nouveau sur les paiements qui va entrer en vigueur le 1er avril, le Conseil estime qu'il ne peut être imputé sur le compte de gestion : la loi le met à la charge des débiteurs, les sociétaires devront donc le supporter.

En conséquence, à l'avenir, tous les versements de cotisations seront majorés de 0 fr. 20 par cent francs

Le Conseil adresse ses remerciements. à MM. les Drs Casset (Alger), Berthey (Narbonne), Terrier (les Moutiers-en-Retz), Morault (Nantes) qui ont continué à verser la double cotisation et à M. le Dr Mourier (Touggourt) qui a fait un don à la Caisse de secours aux sociétaires victimes de la guerre.

Le Président, A. Maurat.

Chronique des accidents du travail.

Une question aux médecins membres de la Commission du tarif Dubief.

Incompatibilité entre le forfait et le libre choix

Que pensent les membres de cette commission de l'opinion suivante de notre confrère Diverneresse disant :

J'estime que le forfait est incompatible avec le libre choix du médecin, édicté dans la loi de 1898.

En effet, supposez que le tarif Dubief fixe, comme le voudraient les assureurs (ignorants des choses de la médecine), à 100 ou 250 frs le prix forfaitaire du traitement d'une fracture de jambe.

Le blessé choisit d'abord son médecin pour appareil plâtré.

Mais des complications surviennent, il faut faire une amputation. Le blessé (c'est son droit) choisit son chirurgien.

Puis il faut, pour combattre l'atrophie et l'ankylose, des massages, de l'électricité. Le blessé se rend chez le médecin électricien et masseur.

Ensuite, il faut aller à Barèges, car les industriels allemands offrant un séjour aux eaux minérales à leurs accidentés — (parfaitement, une cure thermale), les industriels français qui n'ont certainement pas pour la classe ouvrière, pour le « matériel humain », plus de mépris que les industriels boches, vont envoyer eux aussi leurs ouvriers accidentés dans les villes d'eaux. De leur côté, les assureurs français ne veulent certainement pas que la « Culture » soit inférieure à la « Kultur », et que l'on puisse dire qu'aux yeux de certains assureurs financiers, il n'y a que la « Qulture » des dividendes.

« Voulez-vous m'expliquer maintenant, comment vont s'y prendre le patron — l'assureur — voire même le juge de paix — pour partager ce prix forfaitaire de 100 ou 250 francs pour le traitement à forfait d'une fracture, entre le premier médecin, le chirurgien, l'électricien, le masseur, et notre confrère de Barèges ? ? ? ! ! !

DIVERNERESSE.

VARIÉTÉS

Hodie minora canamus !

Au *Concours*, cette perle glanée au hasard des pérégrinations d'une convalescence :

(*Extrait du compte-rendu de la dernière session du Conseil général des Hautes-Pyrénées*).

L'asile d'aliénés de Pau demande au département une allocation supplémentaire de 95.000 fr. pour les aliénés haut-pyrénéens. *M. le Préfet est chargé de solutionner cette demande par un paiement moins élevé si possible.*

Une demande du corps médical des Hautes-Pyrénées tendant au relèvement du tarif concernant les soins donnés aux bénéficiaires de l'Assistance publique, en se basant sur les prix établis par le département des Basses-Pyrénées et celui du Gers, EST RENVOYÉE A LA PROCHAINE SESSION.

Reconnaissant les efforts persévérants du personnel de la préfecture et en raison des nécessités croissantes, le Conseil vote pour tous les employés titulaires ou auxiliaires une indemnité de 540 *fr.*; en outre, pour charge de famille, il sera accordé un supplément de 100 fr. aux employés mariés, 150 fr. pour le premier enfant, 150 fr. pour le second et 300 fr. à partir du troisième. *Cette indemnité aura son effet rétroactif pour partir du* 1er *janvier* 1918.

Eh ! quoi ! des aliénés pâtissent dans un asile devenu trop étroit par les malheurs du temps présent !

Des médecins se plaignent de recevoir pour stopper la peau de l'électeur des honoraires dont ne se contente plus aujourd'hui son cireur de bottes !

Eh qu'importe, messieurs ! nous en recauserons à la prochaine session !

Mais, comment ! ! Boubouroche paraît souffrir sur le rond-de-cuir où il écrase depuis quatre ans de patriotiques hémorroïdes !...

D'urgence, Messieurs — et largement — votons des crédits supplémentaires à tout l'intéressant personnel de notre maison : « Considérant ses efforts persévérants... et devant les nécessités croissantes... », etc., (voyez plus haut).

Jusques à quand, médecin mon frère, abusera-t on de ta patience ?

Dr F. D.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Citation

A l'Ordre du Service de Santé.

Docteur DUPRAT (Frank), médecin aide-major de 1re classe de réserve.

« D'un dévouement absolu, s'est dépensé sans « compter pendant la période active des opé« rations de Champagne, et n'a interrompu son « service que terrassé par la maladie ».

(5 décembre 1916).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Petite Correspondance (Suite)

—

J'ai réclamé bien des fois, rien n'y a fait.

Pourriez - vous faire quelque chose pour moi ou m'indiquer la voie à suivre ?

Le galon m'indiffère mais c'est une perte de 900 frs environ ce qui est appréciable.

Je suis avec bien d'autres un modeste oublié.

Réponse. — 1° Si modeste que soit votre solde d'aide-major de 2e cl., vous devez en mentionner le montant dans la déclaration de vos revenus. D'ailleurs, si vous ne le faites pas vous même, l'intendance de votre ressort le fera d'office pour vous.

2° L'avancement des aides-majors de 2e cl. à titre temporaire a été réglé par la loi du 10 août 1917, art. 3. Cet avancement est de droit pour tous ceux qui ont au moins un an de présence dans les unités combattantes, ou qui ont été évacués pour blessure ou maladie, et qui sont aptes à faire campagne.

Avant cette loi, il n'y a eu que de rares promotions pour les sous-lieutenants. Nous doutons qu'à présent que vous êtes mis hors cadres, vous puissiez escompter votre accession au 2e galon.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 11 — 1er JUIN 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

AVIS

Le Docteur St-René Bonnet, médecin consultant aux eaux de Châtel-Guyon et définitivement rentré à Châtel-Guyon a l'honneur d'informer ses confrères qu'il y a repris ses consultations thermales suspendues depuis 1914.

DEMANDES ET OFFRES

N° 45. — A vendre voiturette médicale torpedo 4 places 10-12 HP. Burlet 1913. 4 cyl. a roulé 18 mois. Etat neuf. Train pneus neuf et 1 roue Stepney. Phare et accessoires 6.500 frs.
Dr Vassel, 51, avenue de Taulhac, Le Puy (Hte-Loire).

N° 46. — Achèterais instruments d'occasion. Dr Bourey. Fort-de-Pont St-Vincent (M.-et-M.)

N° 47. — Banlieue ouest, 1 h. 1/2 Paris, agglomération de 10.000 h. Docteur demande aide pour juin et juillet.

N° 48. — A céder bonnes conditions, livres et instruments, date et modèles récents. Mme veuve Aubin, Bois-de-Céné (Vendée.)

N° 49. — Paris clinique accidents à céder. Mme Brunet, 2, rue Jean-Bologne, Paris.

N° 50. — A céder cabinet médical dans quartier commerçant de Paris. Clientèle assurée.

N° 51. — Dr mobilisé offre à famille de confrère maison de campagne meublée, pays de ressources, desservi par automobile, 20 km. de Clermont-Ferrand.

Suite page XXI

Quarantième année — N° 11 — 1er Juin 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Les Syndicats médicaux et l'après-guerre 483
L'Assemblée Générale de l'Association Générale des Médecins de France. — Les officiers du Service de Santé 485

Partie Scientifique

Clinique médicale.
Diagnostic du chancre syphilitique, par M. le professeur GAUCHER 485

Revue des Sociétés Savantes.
Transfusion sanguine du sang citraté. — Trajet curieux d'un éclat d'obus — Parésies douloureuses du plexus brachial par tuberculose du sommet. — Aphasie motrice, suite de commotion par éclat d'obus. — Syndrome d'insuffisance surrénale provoquée par la vaccination anti-typhoïdique. — Coxa-vara et obésité. — Traitement de l'éléphantiasis. — La méthode chimique dans l'appréciation de la valeur potable des eaux. — Un cas de sodoku. — Hémoglobinurie paroxystique 490

Médecine pratique.
Des accidents causés par la piéride des choux 492

Notes pratiques d'un médecin du front, par le Dr SATRE 496

Thérapeutique appliquée.
Observation sur l'emploi de la Guipsine dans un cas de céphalée urémique très grave 499

Bibliographie.
L'Aile Blanche, par le Dr Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC. — L'évolution de la plaie de guerre, par POLICARD 500

Notes de pratique quotidienne.
Le rhumatisme articulaire 501

Correspondance

Contre les médecins à qui profite la guerre. — La mise hors cadre des vieux R. A. T. — Des médecins français pour les malades français ? — Et la relève de la classe 92 ? 502

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Au sujet du referendum. — La situation des vieux aide-majors. — L'affectation des vieux médecins R. A. T. à l'intérieur 509

Documents officiels.
A l'Officiel : Questions et Réponses militaires 514

Partie Professionnelle

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte antituberculeuse en France et les Syndicats médicaux 417

Jurisprudence médicale.
Nouveau jugement du tribunal de la Seine admettant le cumul dans le calcul des Honoraires selon le tarif Dubief 425

PROPOS DU JOUR

Les syndicats médicaux et l'après-guerre.

Depuis le début des hostilités, nous avons souvent entendu dire par plus d'un confrère mobilisé ou non : Que sont devenus les Syndicats médicaux ? Que font-ils ? Et l'Union des Syndicats, que fait-elle ?

Les Syndicats médicaux font ce qu'ils peuvent et l'Union des Syndicats médicaux a effectué en ces quatre dernières années un effort qui, lorsqu'il sera bien connu, donnera droit à la reconnaissance de tous les praticiens aux quelques confrères qui lui consacrent leurs très rares loisirs.

A l'heure actuelle, l'action syndicale des médecins est fatalement limitée.

La presque unanimité des praticiens étant mobilisée, les 2 ou 3000 qui restent sont des gens âgés ou malades qui, la plupart, ne se sont jamais occupés de nos questions professionnelles. Ceux qui sont doués, malgré leur âge, d'une réelle activité, sont accaparés par la nécessité de faire face aux exigences de la population civile, d'assurer maints services publics et de donner leur concours à des œuvres privées que la guerre a rendues indispensables. Ils sont surmenés au point que plus d'un meurt à la tâche. La guerre fait des victimes parmi les médecins, à l'arrière comme au front, et nous pourrions dresser la liste de ceux qui sont tombés d'épuisement, au champ d'honneur du devoir médical trop scrupuleusement accompli.

Leur souvenir sera sans gloire, et leurs familles, souvent laissées avec des ressources plus que modiques, ne recevront ni allocations, ni pensions de l'Etat. Laissons dormir en paix ces sacrifiés ; les souffrances plus vives et les situations plus tragiques de ceux qui tombent devant l'ennemi, accaparent davantage notre esprit, mais ne leur reprochons pas encore d'être des égoïstes qui se désintéressent de l'avenir du Corps médical.

L'action syndicale doit en outre être actuellement prudente. Nous comprenons parfaitement la réserve que sont tenus de garder les quelques médecins qui s'occupent de syndicalisme, lorsqu'on les met en face de problèmes aussi ardus à résoudre que celui de la lutte contre la tuberculose, et celui de l'organisation

des secours médicaux gratuits qui devront, une fois la paix signée, être assurés aux victimes de la guerre. Ces quelques confrères, si compétents et si bien intentionnés qu'ils soient, ne veulent, ni ne peuvent prendre la responsabilité d'engager l'avenir du corps médical. 18.000 praticiens sur 21.000 ne peuvent à cette heure être consultés utilement, ni donner un avis réfléchi et raisonné sur les problèmes médico-sociaux qui se posent au sujet de l'organisation de la médecine après la guerre.

Le rôle actuel des Syndicats médicaux et de leur Union reste et doit rester en ce moment fatalement limité. Mais cela ne veut nullement dire que le grand conflit international amènera la mort du syndicalisme médical. Bien au contraire.

Il est de toute nécessité qu'avec l'ère nouvelle qui s'ouvrira au retour de la paix, le syndicalisme médical prenne une importance et une activité jusqu'ici inconnues.

Il faudra qu'une cohésion plus grande règne parmi les praticiens.

Le souci de la défense devra céder le pas à celui de l'organisation professionnelle qui sera en somme le meilleur instrument de protection. Le syndicalisme ne devra pas se borner à obtenir une élévation d'honoraires, ou une augmentation de tel ou tel tarif officieux ou officiel. Il faudra qu'il entreprenne l'étude et la réalisation par le syndicat de tous les grands problèmes médico-sociaux, en obligeant l'Etat, et ses Administrations à accepter, à rechercher même sa collaboration, sa coopération.

Si le médecin praticien reste isolé et veut agir individuellement, la réalisation des grands programmes d'hygiène, de prophylaxie, d'assistance sociales dont l'urgence après la guerre ne sera même plus discutée, deviendra l'œuvre exclusive de l'Etat, et le médecin sera obligé d'être l'instrument passif des Administrations. Il deviendra un *fonctionnaire*, un petit fonctionnaire, presque un esclave.

Si, au contraire, les Syndicats médicaux arrivent, même sans avoir été consultés, avec un programme réalisable où le corps médical entier, avec une compétence technique indiscutable, propose une organisation sérieuse pouvant rendre les plus grands services à la Nation, nul doute que l'Etat n'accepte l'examen de ce programme et n'entreprenne de le réaliser. Ceux qui gouverneront, se rendront facilement compte de tous les tâtonnements, de tous les faux-pas, de toutes les erreurs qu'ils éviteront en acceptant la coopération (*si elle est organisée et sérieuse*) des techniciens compétents.

Il convient donc que nos confrères mobilisés songent, dans leurs postes de secours, dans leurs ambulances, dans leurs hôpitaux, aux moyens d'organiser ce nouveau syndicalisme, qu'ils réfléchissent comment ils pourront syndicalement résoudre les problèmes médico-sociaux.

Mais s'ils continuent à croire que le Syndicat doit se borner à être un groupement virtuel d'isolés qui, lorsqu'ils seront trop menacés, viendront, mûs par un instinct grégaire, se serrer autour de quelques confrères plus actifs et plus courageux, s'ils persistent à considérer le syndicalisme comme un moyen de défense occasionnel, et non comme un système d'organisation de la société nouvelle, l'indépendance, la dignité, la prospérité du corps médical auront vécu.

Le médecin deviendra un fonctionnaire, un petit fonctionnaire, certes nécessaire, mais dont la place sera située entre l'instituteur, le gendarme et l'agent-voyer. Personne ne pourra alors le plaindre, il aura le sort qu'il se sera fait lui-même,

Confrères du front et de l'arrière, songez à l'avenir et réfléchissez.

J. Noir.

L'Assemblée Générale de l'Association Générale des Médecins de France

La première Assemblée Générale de l'Association, depuis la déclaration de guerre, a eu lieu le 28 avril sous la présidence de M. Bellencontre, vice-président, qui, après avoir rendu un pieux hommage à la mémoire des confrères morts pour la Patrie, a confondu dans un même et profond regret les hommes éminents qui avaient coopéré à la direction de l'Association et qui ont succombé au cours de ces dernières années : MM. Lereboullet, ancien président, Lepage, ancien secrétaire-général, Gairal, vice-président, mort dans les prisons allemandes, M. le Professeur Gaucher, président.

M. Levassort, secrétaire-général, a fait l'exposé des travaux du Conseil général, qui a tenu à honneur d'assurer le fonctionnement des services de l'Association aux heures les plus difficiles et qui est intervenu à diverses reprises auprès des pouvoirs publics pour ap-

puyer les desiderata de nos confrères mobilisés.

M. BUTTE, trésorier, a annoncé la liquidation définitive de la succession de deux généreux donateurs, M. le Dr et Madame Dard, de Dijon, qui ont légué un million à la Caisse des veuves et orphelins ; il a proposé l'augmentation des pensions, qui a été votée à l'unanimité.

M. le Dr BOURGEOIS (de Reims), président de la Caisse de Guerre, assisté de Madame BROUARDEL, présidente, et de Mesdames BUTTE et THOINOT, membres du Comité des Dames-patronnesses, a résumé les opérations de la Caisse de Guerre depuis sa fondation. La souscription atteint 990.000 francs, sur lesquels plus de 150.000 francs ont été répartis en allocations immédiates aux médecins des pays envahis et à leur famille.

Les officiers du Service de Santé

M. Louis Mourier vient d'apporter une modification aux dispositions qui ont fixé l'affectation aux armées des officiers du Service de Santé, suivant leur classe, leur âge et leurs charges de famille.

Il a décidé que les officiers veufs avec enfants seraient à l'avenir catégorisés dans la classe de mobilisation immédiatement antérieure, compte tenu d'ailleurs du nombre de leurs enfants. C'est ainsi qu'un officier de la classe 1898, veuf avec trois enfants, sera placé dans la classe 1894.

D'autre part, le sous-secrétaire d'Etat a spécifié que dans chaque classe il y aura lieu également de tenir compte pour le tour de départ, du temps de séjour au front et du séjour à l'intérieur des officiers depuis le retour des armées.

(*Le Matin*, 26 mai 1918).

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis:

M. le professeur GAUCHER (1)

Diagnostic du chancre syphilitique

Nous avons, précédemment, étudié les caractères généraux du chancre syphilitique. Je vous rappelle que le chancre du gland, que l'on a quelquefois décrit comme une ulcération à bords taillés à pic, est au contraire une exulcération superficielle reposant sur une base surélevée, indurée à induration lamelleuse, papyracée. Le chancre du prépuce et du sillon balano-préputial a une induration plus profonde, cartilagineuse. Le chancre du fourreau, enfin, se rapproche, par ses signes, du chancre de la peau.

Telles sont les variétés du chancre syphilitique dont nous avons à faire le diagnostic. Ce diagnostic est-il facile ? Oui, dans certains cas et non dans d'autres. Ricord disait que le diagnostic du chancre, qui apparaît facile quand on en observe 10 cas, se montre difficile quand on en a vu 100 cas, et semble impossible quand on est arrivé au millième cas ! Cela tient aux variétés nombreuses de cet accident.

Avant la découverte du tréponème, on ne pouvait guère affirmer le diagnostic avant quelques jours, avant le 7e ou le 8e jour, date d'apparition de l'adénopathie. A la vérité, actuellement, il en est encore de même. Il y a bien aujourd'hui des savants qui déclarent que la recherche du tréponème permet de reconnaître le chancre tout à fait à son apparition. Eh bien, c'est exactement comme si l'on voulait baser le diagnostic de la gale sur la recherche du sarcopte. Evidemment, on trouve quelquefois le tréponème, comme on trouve quelquefois le sarcopte, mais d'autres fois, on ne le trouve pas. Il y a, d'abord, la confusion possible du tréponème, avec les spirilles de la simple balanite. Il y a ensuite, et surtout, les nombreux cas où le tréponème reste introuvable. C'est ainsi que, malgré le nombre important de malades de notre service, je ne puis pas, aujourd'hui encore, vous montrer, sur la lamelle du microscope, des trépomènes. Néanmoins, il faut savoir faire cette recherche. Pour vous mettre dans les meilleures conditions possibles, vous ne devez pas gratter la surface du chancre pour examiner le produit de râclage. Vous devez enlever cette surface et presser à la base du chancre, pour faire sourdre une rosée

(1) Cette leçon est une des dernières leçons du regretté professeur Gaucher.

sanglante. C'est dans cette sérosité que vous avez le plus de chances de rencontrer le tréponème. Cherchez-le toujours, certes, mais sachez que vous ne le trouverez pas toujours. C'est donc un moyen infidèle de trancher le diagnostic.

Un autre élément de diagnostic est la durée de l'incubation. S'il s'agit d'un malade jeune, qui a des coïts fréquents, ce moyen est évidemment sans valeur. S'il s'agit d'un sujet qui connaît la date de son coït suspect, le temps écoulé entre ce coït et l'apparition du chancre sera important à noter. L'incubation du chancre varie de 2 à 4 semaines, comportant une moyenne de 25 ou 26 jours. Ses limites sont 15 jours et 7 semaines. Le chancre de l'amygdale et de la langue ou des lèvres a souvent une incubation courte, de 15 jours par exemple.

Vous voyez l'importance de cette notion. Si un individu vient nous trouver avec une érosion, survenue 8 jours après un rapport irrégulier, vous concluerez négativement quant au chancre syphilitique. Mais, prenez-y garde. Cette petite érosion banale peut dans la suite devenir un chancre. N'oubliez pas de conseiller au malade de revenir vous voir au bout de 15 jours. De même, en cas de chancre mou. Un chancre, véritablement simple, peut se compliquer et faire place à un chancre syphilitique. Dites au sujet de revenir 2 ou 3 semaines plus tard et vous éviterez qu'un confrère soit appelé à qualifier de syphilitique une érosion que vous auriez considérée comme simple et banale, et qui l'était réellement lorsqu'elle vous a été soumise.

Une autre chose à rechercher, lorsque vous le pouvez, c'est la confrontation. C'est un moyen sur lequel insistait le prof. Fournier. Il comporte des causes d'erreurs. Si vous trouvez, chez la femme suspectée d'être la source contagionnante, des accidents spécifiques contagieux évidents, la cause est entendue. Mais il faut bien savoir que, dans nombre de circonstances, vous ne trouverez rien. La contagion ne se fait pas seulement par le chancre. Elle se fait aussi et surtout par les plaques muqueuses, accidents souvent fugaces, susceptibles de disparaître, même en 24 heures. Donc, la confrontation, utile lorsqu'elle est positive, ne permet aucune conclusion lorsqu'elle est négative.

Avec quelles affections pouvons-nous confondre le chancre, cette exulcération qui repose sur une base indurée, avec adénopathie polyganglionnaire et un gros ganglion?

Avec l'herpès, en premier lieu. Le diagnostic différentiel est *a priori* très simple. L'herpès est une éruption de petites vésicules qui se rompent laissant de petites ulcérations, à bords festonnés, micro-cycliques et poly-cycliques, accompagnées de sensation de prurit, voire de douleurs. Quand la vésicule d'herpès est isolée, l'ulcération est petite, à bords taillés à l'emporte-pièce. L'affection, en outre, est récidivante, et le malade fait connaître qu'il en a été atteint déjà plusieurs fois.

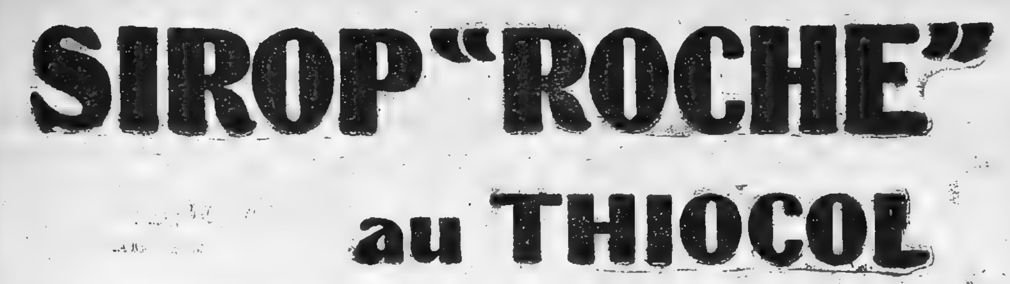
Evidemment, le diagnostic est et apparaît très facile. Et cependant, ne vous pressez pas trop d'affirmer au patient que ce n'est rien. Sur l'herpès, peut en effet se greffer un chancre syphilitique, et alors, le sujet nous revient avec une roséole. Une seule ulcération a persisté et est devenue un chancre. Donc, défiez-vous des éruptions herpétiques et sachez qu'elle peuvent préluder à l'apparition du chancre.

Un cas plus difficile est celui du chancre herpétiforme. Vous observez une ulcération unique, arrondie, à bords taillés à l'emporte-pièce. Est-ce un herpès solitaire ou un chancre herpétiforme ? Le diagnostic immédiat est à peu près impossible et l'on ne peut être fixé qu'au bout de quelques jours, lorsque la lésion s'accompagne d'induration et d'engorgement ganglionnaire.

Un diagnostic plus élémentaire est celui du chancre et de la balanite érosive. Vous savez que les individus qui ont le gland recouvert par le prépuce ont facilement de la rougeur et de la desquamation du gland, avec parfois des ulcérations secondaires. Sur cette balanite, on trouve généralement des spirilles, aussi faciles à rencontrer qu'il est difficile de constater la présence des spirochètes en cas de chancre. Je n'insiste pas sur cette balanite, qui ne prête guère à confusion.

Je vous signale une affection rare, l'hydroa, à laquelle il est bon de penser. Il y a une quinzaine d'années, je voyais un jeune collégien de 14 ans, qui m'était conduit par son père. Il présentait sur le corps une éruption rouge, papuleuse, et des ulcérations des lèvres et du gland. C'était un érythème polymorphe hydroïque. L'existence de bulles précédant l'ulcération permet d'arriver aisément au diagnostic.

Un diagnostic qui peut paraître facile et qui est cependant difficile, est celui de l'épithélioma du gland et du chancre. J'ai vu, deux fois, un chancre syphilitique être diagnostiqué épithélioma. Dans un cas, le malade fut opéré et un chirurgien lui sectionna la verge. On me le montra quelque temps après pour une soi-disant réci-



au THIOCOL



administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient



Échantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

OVULES "ROCHE"
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.

Thigénol

EN GYNÉCOLOGIE

Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE

Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Échantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges PARIS.

ABONNEMENTS :
Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. *(On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste).*

dive de l'épithélioma sur l'amygdale, récidive qui n'était autre qu'une syphilide ulcéreuse.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 50 ans, porteur d'un ulcère de la verge, végétant, suppurant, saignant même — d'un chancre phagédénique dégénéré — avec un gros ganglion. Le malade affirmait ne pas pouvoir être atteint de syphilis, et j'eus le tort d'accorder crédit à ses dires. Deux fois dans ma vie, j'ai cru aux malades : deux fois j'ai eu à m'en repentir ! Aussi, depuis ce temps, j'ai adopté comme règle, en présence d'ulcérations de ce genre, siégeant à la verge ou à la langue, de donner toujours du mercure. Quoiqu'il en soit, je fis entrer ce malade au Pavillon Gabriel, où il fut examiné par trois médecins et par les trois chirurgiens de l'hôpital, avec, comme diagnostic unanime : cancer de la verge. C'est alors que, après 2 ou 3 piqûres, assez mal tolérées, de benzoate de mercure, on fit des injections d'hectine. L'hectine, comme les autres arsenicaux organiques, est un merveilleux cicatrisant des syphilides. Le malade guérit, le traitement étant venu démontrer la nature de la lésion de la verge.

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre mou ? On dit : le chancre syphilitique est unique, le chancre mou multiple. C'est inexact. Il y a des chancres syphilitiques multiples et des chancres mous uniques. Le chancre syphilitique est une érosion, le chancre mou est une ulcération excavée, suppurante, dans laquelle il est facile de trouver le bacille de Ducret.

Le chancre simple est donc une ulcération profonde, excavée, à bords décollés, à tendance extensible, à base non indurée, avec engorgement monoganglionnaire, à tendance suppurative. On employait autrefois, comme moyen de diagnostic du chancre simple, l'auto-inoculation. On prenait du pus de l'ulcus douteux, on l'inoculait au bras et l'on voyait apparaître un chancre mou au point inoculé, deux ou trois jours après. Aujourd'hui, ce procédé n'est presque plus utilisé, parce qu'on peut faire le diagnostic en recherchant le strepto-bacille.

Lorsqu'un chancre mou a été traité par des topiques irritants, teinture d'iode, nitrate d'argent, et surtout pommade au calomel, il s'indure et ressemble singulièrement au chancre syphilitique. C'est surtout la pommade au calomel qui possède la propriété d'indurer le chancre simple. Je ne dis pas qu'elle soit dangereuse, mais elle trouble le diagnostic. En pareil cas, il aut attendre. Jadis, on attendait l'apparition des accidents secondaires, c'est-à-dire six semaines, au moment où le Wassermann se montre positif.

Voici maintenant un diagnostic difficile, celui du chancre mixte. Le chancre mixte, dont nous devons la description à Rollet, de Lyon, est une iufection double. Le sujet qui en est atteint a pris à la même source le bacille de Ducret et le tréponème spécifique. Le malade vient nous montrer d'abord le chancre mou. Vous connaissez mon avis sur le chancre mou, en général. C'est — ou, du moins, c'était en temps de paix — une affection rare. En ce moment, depuis la guerre (j'ai déjà noté un fait analogue après les grandes Expositions universelles), il est plus commun. Vous voyez donc, d'abord, le chancre mou. Puis, au bout de 15 à 20 jours, ce chancre mou s'indure, et prend tous les caractères du chancre syphilitique. Ne faites jamais, en conséquence, si vous voulez vous éviter des surprises, le diagnostic de chancre mou sans recommander au malade de revenir vous voir après 3 ou 4 semaines.

L'ecthyma scabieux du fourreau peut aussi simuler certaines formes de chancre syphilitique. Mais, alors, vous contatez d'autres lésions de la gale, sur le reste du corps. Ce qui complique la difficulté, c'est que, sur une lésion scabieuse du fourreau, peut quelquefois s'inoculer la syphilis. On se méfiera donc de l'association des deux lésions.

Je ne vous dirai qu'un mot du diagnostic avec l'ulcération tuberculeuse. Celle-ci est rare et ne ressemble guère au chancre.

Un diagnostic que nous avons assez souvent à faire, en temps de guerre, est celui des ulcérations artificielles de la verge, consécutive à des applications caustiques, effectuées dans un but de simulation. Elles sont faciles à reconnaître, d'une manière générale. Elles sont, en effet, irrégulières, les caustiques provoquant des escharres elles-mêmes très irrégulières. Leur forme n'est pas arrondie. Elles ne s'accompagnent ni d'induration, ni d'adénopathie. Nous en avons vu un certain nombre d'exemples concernant des hommes qui voulaient simuler un chancre pour se faire évacuer. A côté de ces cas, il y a également les cas inverses, concernant des soldats réellement atteints de chancre, qui se traitent eux-mêmes par des caustiques et se présentent avec des lésions en apparence artificielles. Ne dites donc pas immédiatement, en présence d'ulcérations semblent artificielles de la verge, que le porteur est un « carottier ». Avant de conclure,

si vous avez des doutes, faites faire un Wassermann.

Un dernier diagnostic : celui du chancre redux. Cela soulève une discussion d'origine récente. La syphilis est capable, à une période quelconque de son évolution, de donner lieu à des accidents chancriformes, ressemblant au chancre. J'ai vu ainsi un homme qui est venu, 20 ans après son chancre, me montrer une ulcération chancriforme. Ce que l'on voit plus communément encore, c'est un ulcus chancriforme apparaissant dès les premiers temps de la syphilis et connu sous le nom de chancre redux. On voit apparaître, deux ou trois mois après le chancre véritable, à la place même de cet ancien chancre ou à côté, un ulcus qui est le chancre redux. On connaissait ce chancre redux bien avant le salvarsan. On l'attribuait à une insuffisance de traitement. Exceptionnels jusque-là, avec les traitements mercuriels, les chancres redux sont devenus légion, depuis le 606, et alors, on a voulu les considérer comme des récidives de syphilis, comme des indices d'une guérison complète de la première syphilis. Aujourd'hui, on parle moins de ces soi-disant réinfections, depuis surtout que j'ai montré des cas où la syphilis n'avait pu être contractée à nouveau et où l'on constatait ce chancre redux. Ces chancres redux s'observent surtout après la cure au salvarsan.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Transfusion sanguine du sang citraté. — Trajet curieux d'un éclat d'obus. — Parésies douloureuses du plexus brachial par tuberculose du sommet. — Aphasie motrice, suite de commotion par éclat d'obus. — Syndrome d'insuffisance surrénale provoquée par la vaccination anti-typhoïdique. — Coxa-vara et obésité. — Traitement de l'éléphantiasis. — La méthode chimique dans l appréciation de la valeur potable des eaux. — Un cas de sodoku. — Hémoglobinurie paroxystique.

— M. AMEUILLE lit à l'*Académie de médecine* une note sur la *transfusion sanguine sans intervention chirurgicale.*

La transfusion sanguine, pratiquée selon les anciennes méthodes, d'artère à veine, offre l'inconvénient de sacrifier une artère chez le donneur, et d'être peu précise quant à la quantité de sang transfusé.

On a proposé, récemment, pour la transfusion, l'emploi du sang citraté. La citratation rend le sang incoagulable, permet de le conserver et de le réinjecter à volonté.

M. Jeanbrau a préconisé un procédé d'injection de sang citraté, à l'aide du tube de Kimpton, qui lui a procuré dans huit cas, huit succès. M. Ameuille conseille une méthode plus simple encore. Il recueille, par ponction d'une veine du pli du coude du donneur, 300 à 500 centim. cubes de sang. Il fait la ponction avec l'aiguille de Queyrat qui s'obstrue moins facilement : le sang est recueilli sur du citrate de soude, dans un vase stérile. Le citrate de soude doit être préparé dans la proportion de 100 centigr. pour 100 centim. cubes de sang, un excès de citrate toutefois n'étant pas nuisible. Il n'y a aucun inconvénient à ce que le citrate soit en solution très concentrée. On peut, par exemple, le mettre à sec dans le flacon à stériliser ; l'eau de condensation des vapeurs de l'autoclave produit un commencement de dissolution suffisant. On agitera le flacon pendant toute la durée de l'écoulement sanguin.

Le sang citraté peut être conservé un certain temps, plusieurs jours même (maintenu à l'étuve à 37°) avant d'être utilisé. On le transfusera avec un bock à sérum.

— M. THÉVENARD rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* un cas de *transfusion de sang citraté par un procédé simplifié.*

Un blessé est amené dans le service de M. Thévenard dans un état d'anémie grave : facies cadavérique, respiration anhélante, sueurs froides, refroidissement des extrémités. M. Thévenard pratique une transfusion de sang citraté. Une saignée de 450 gr. est faite au pli du coude du sujet donneur, le sang étant recueilli dans un vase gradué où avait été versé au préalable, 1 gr. 40 de citrate de soude, et agité avec une baguette de verre au fur et à mesure qu'il arrive dans le vase. Le sang en question est alors versé dans un entonnoir de verre muni d'une tubulure de caoutchouc terminée par une aiguille appropriée. Il est injecté alors, suivant la technique ordinaire de l'injection intra-veineuse de sérum. Le résultat fut très satisfaisant et des plus nets.

— M. LE FUR signale à la *Société des chirurgiens de Paris* un *trajet curieux d'un éclat d'obus.*

Le projectile (éclat d'obus de 2 centim. de large sur 3 centim. de long) entra par la nuque (côté gauche), traversa tout le tronc presque verticalement, et, après avoir perforé la plèvre et le poumon gauches, s'arrêta dans la cavité abdominale, en arrière du côlon, un peu au-dessus de la crête iliaque. Les symptômes furent presque tous limités à la cavité thoracique (hémothorax, pleurésie purulente), les symptômes abdominaux ayant été réduits au minimum.

— MM. LÉRI et MOLIN DE TEYSSIEU font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur les *parésies douloureuses du plexus brachial par tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet.*

Le plexus brachial contracte des rapports intimes avec le dôme pleural, et il est logique de penser que les affections de ce dôme sont susceptibles de retentir plus ou moins sur le plexus.

MM. Léri et de Teyssieu ont observé trois cas de paralysie du plexus brachial chez des sujets atteints de bacillose pleuro-pulmonaire du sommet gauche. Les phénomènes parétiques étaient surtout marqués dans le domaine du deltoïde et des fléchisseurs de l'avant-bras et de la main. Ils se sont accompagnés d'accidents douloureux du type paroxystique.

Les trois malades en question présentaient, en outre, un aspect particulier des régions sus et sous-claviculaires : la dépression normale à ce niveau était remplacée par une voussure souple, traduisant la saillie du dôme pleural épaissi.

M. RIBADEAU-DUMAS a signalé deux cas semblables à ceux dont parle M. Léri.

M. SERGENT dit que l'on observe dans la pleuralite du sommet la présence d'un gros ganglion au-dessus du dôme pleural. D'abord gros, congestionné et mou, il devient petit et dur. On constate presque toujours, en outre, de l'inégalité pupillaire.

— M. LÉRI rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*aphasie motrice suite de commotion par éclatement d'obus.*

Il s'agit d'un officier chez lequel, après explosion d'obus à proximité immédiate, sans blessure, sans choc direct, sans perte de connaissance, survint une aphasie motrice (anarthrie et agraphie complètes), sans aucun autre signe de localisation, si ce n'est une crise jacksonienne du bras droit, unique.

La lésion a été vraisemblablement d'ordre hémorrhagique, les lésions en foyer d'origine commotionnelle étant généralement des hémorragies.

— M. SERGENT présente, au nom de M. SATRE à la *Société médicale des hôpitaux*, une observation intitulée : *syndrome d'insuffisance surrénale aigue provoquée par la vaccination anti-typhoïdique chez un addisonien latent.*

La vaccination anti-typhoïdique a été chez ce sujet, addisonien latent, l'agent provocateur qui a déterminé la crise.

M. SERGENT ajoute que, depuis longtemps, il attire l'attention sur les déclanchements d'accidents aigus d'insuffisance surrénale à propos d'une circonstance occasionnelle (infection, surmenage, etc.) qui vient rompre l'équilibre instable d'une fonction surrénale débile. Les syndromes addisoniens sont, d'ailleurs, devenus particulièrement fréquents du fait des circonstances de guerre. La vie aux armées réunit toutes les conditions favorables à l'éclosion de l'insuffisance surrénale. Celle-ci joue un rôle dans l'état de *shock* des grands blessés, et cet état peut bénéficier de la médication adrénalique.

— M. KIRMISSON fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *la coxa-vara et l'obésité.*

Sous la dénomination de coxa-vara, on désigne deux choses : 1° une attitude vicieuse du membre inférieur, dans laquelle l'adduction est associée à la rotation en dehors ; 2° un affaissement du col fémoral qui, au lieu de former avec la diaphyse du fémur un angle de 125° environ, comme à l'état normal, présente sur le corps une inclinaison à angle droit, ou même à angle aigu.

La coxa-vara se rencontre dans deux circonstances ; chez les jeunes enfants, où elle coïncide généralement avec les autres manifestations du rachitisme ; au moment de l'adolescence, où elle se voit alors le plus souvent à l'état isolé. La pathogénie de l'affection, dans ce dernier cas, demeure assez incertaine. M. Kirmisson a eu l'attention attirée vers la coexistence de la coxa-vara des adolescents avec l'obésité, la cause probable de cette dernière ayant paru être l'insuffisance thyroïdienne.

— M. WALTHER lit à l'*Académie de médecine* une note sur une *nouvelle méthode de traitement de l'éléphantiasis des membres.*

Cette méthode consiste essentiellement dans l'application définitive d'un drainage à tube perdu franchissant largement les limites de la zone d'arrêt et assurant le rétablissement de la circulation lymphatique.

Ayant eu à traiter quelques cas d'éléphantiasis des membres, M. Walther a vu échouer tous les procédés ordinairement employés : mouchetures, pointes de fer, compression, etc. Il a obtenu de meilleurs résultats par un drainage perdu fait avec des tubes de caoutchouc, qui sont parfaitement et indéfiniment tolérés par les tissus.

— M. MAILLARD présente à l'*Académie de médecine* une étude sur *la méthode chimique dans l'appréciation de la valeur potable des eaux en campagne.*

La méthode chimique, et en particulier le dosage des chlorures, dit M. Maillard, offre pour la prospection des eaux potables en campagne, une valeur égale à la numération des coli-bacilles. Quand elle jette la suscipion sur une eau, il est inutile que le bactériologue perde son temps à poursuivre l'analyse. Quand elle déclare une eau bonne, la méthode bactériologi-

que vient généralement confirmer cette donnée. Il faut toutefois s'affranchir des moyennes d'ensemble qui figurent dans les ouvrages. Le laboratoire municipal déclare une eau suspecte entre 80 et 160 milligr. de chlorures. Or, souvent, la pollution commence à 20 ou 25 milligrammes.

L'analyse chimique décèle ainsi la pollution fécale avec facilité. Elle possède, en outre, en campagne, deux avantages : elle chiffre par heures et non par jours les délais de réponse ; elle peut être appliquée avec un simple nécessaire portatif, jusque dans la tranchée elle-même.

— MM. Ramond et Lévy-Brhul rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un nouveau *cas de Sodoku.*

Le sodoku est produit par la morsure du rat. L'incubation varie de douze à quinze jours, puis il survient une lymphangite, accompagnée d'exanthème, de fièvre intermittente, et de douleurs musculaires et osseuses profondes. La guérison a été de règle dans tous les cas européens décrits.

L'agent parasitaire de la maladie n'est pas connu. On a signalé des mérozoïtes, un protozoaire, un spirochète mobile, etc. La variabilité des résultats en montre l'incertitude. L'observation de MM. Ramond et Lévy-Bruhl est la troisième publiée en France depuis le début des hostilités.

— M. Giroux relate à la *Société médicale des hôpitaux* trois observations d'*hémoglobinurie paroxystique.*

M. Giroux a pu suivre presque simultanément trois malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique. Chez deux d'entre eux, il a noté les grands phénomènes décrits par Vidal, Abrami et Joltrain, c'est-à-dire le frisson, la courbature, le tremblement et la chute de la tension artérielle.

Sur ces trois malades, deux n'avaient jamais présenté antérieurement de crises de ce genre. Cela prouve, une fois de plus, combien les circonstances actuelles, par le genre de vie qu'elles entraînent, sont susceptibles de provoquer des accidents qui ne seraient sans doute jamais survenus au cours d'une vie normale. L'existence actuelle, par les conditions physiques et morales qu'elle comporte, met en relief toutes les méiopragies. Le fait est amplement démontré en pathologie cardiaque et mentale.

P. L.

MÉDECINE PRATIQUE

Des accidents causés par la Piéride des choux

En 1908 et 1917, il y a eu, dans une partie du sud-ouest de la France, une invasion automnale particulièrement importante de *Piéride des choux* (*Piéris Brassicicæ*). Cette chenille se développe aussi sur d'autres *crucifères*, notamment le *navet*. J'ai observé 11 cas d'accidents en 1908 et 6 en 1917.

Les symptômes généraux ont été peu variés, quant aux manifestations aiguës. Il n'y a eu variation qu'en raison : 1° de l'âge des malades ; 2° de l'étendue des lésions (mains et avant-bras) ; 3° du nombre des épines enfoncées dans les téguments, de l'espacement de celles-ci ; 4° de la flore épidermique des emplacements lésés ; 5° de la résistance individuelle aux réactions des toxines microbiennes ; 6° selon que les chenilles avaient touché ou non le sol ; 7° selon que les feuilles de choux avaient été lavées par l'eau de pluie ou souillées par les poussières véhiculées par le vent. Par suite, variété des affections produites : *prurigo*, *urticaire*, *érythème*, *lymphangites*, phlegmons. Dans tous les cas, l'éruption est polymorphe.

Diocoride rapporte qu'en Espagne, on employait les chenilles comme agents de révulsion. Les poils de chenilles agissent, à la fois, comme corps étrangers et comme corps vésicants : ce sont les organes de défense des chenilles. Le mécanisme pathogénique comporte deux actes : l'un *mécanique* et l'autre *pathologique*, c'est-à-dire, premier temps *piqûre* ; deuxième temps, introduction d'un liquide irritant par son acide formique, et pathogène par son virus d'origine indéterminée, accompagné de microbes divers présents sur les téguments et agissant individuellement ou par association, après effraction épidermique.

Ce sont des *dermatites*, avec prurit intense et tuméfaction, de plusieurs jours de durée, avec élévation de température, souvent frissons. On constate d'abord une rougeur intense, avec œdème. Peu après, il se produit d'habitude des phlyctènes remplies de sérosité d'un blanc laiteux, analogue au pus, mais moins consistant que celui-ci.

Au centre de chaque phlyctène, on observe, à la loupe, un filament jaunâtre (poil des chenilles.) La durée des phénomènes aigus est habituellement de trois jours. La convalescence est rapide et la guérison est complète au bout d'une semaine.

Le tégument mouillé est plus sensible à l'urtication que la peau sèche.

La description extérieure des appareils urticants a beaucoup varié. Les poils raides, dispo-



Alcalin-Type, spécialement adapté
A LA THÉRAPEUTIQUE
GASTRIQUE

SEL
DE
HUNT

GRANULÉ FRIABLE
“ Pansement calmant de la Muqueuse stomacale ”

ACTION SURE — INNOCUITÉ ABSOLUE

Le Sel de Hunt réalise l'Alcalin-Type spécialement adapté à la Thérapeutique Gastrique. Malgré sa surprenante efficacité, *il ne contient* ni opium, ni codéïne, ni cocaïne, ni substance toxique ou alcaloïdique quelconque : dans les crises douloureuses de l'hyperchlorhydrie, il supprime la douleur *en en supprimant la cause même*. Pas d'accoutumance : le Sel de Hunt produit toujours les mêmes effets aux mêmes doses. — On le trouve dans toutes les Phies.

Envoi gratuit de Flacons de
SEL de HUNT
à MM. les Docteurs pour leurs Essais, ainsi qu'aux Hôpitaux et Formations Sanitaires militaires

Le Sel de Hunt est “*friable*”, c est-à-dire qu'il *se délite dans l'eau* en donnant, après agitation suffisante, une dilution homogène de poudres impalpables. On doit, en général, utiliser cet avantage qui en assure l'action uniforme (*pansement calmant*) sur la muqueuse stomacale. Cependant, pour des troubles légers de la Digestion ne nécessitant que de faibles doses, ou à défaut de liquide sous la main, on peut aussi prendre le Sel de Hunt à sec.

EMPLOI AISÉ — ABSORPTION AGRÉABLE

DÉPOT GÉNÉRAL DU
SEL DE HUNT
LABORATOIRE ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris (16e)

POUR 4 RAISONS

Le Phosphate Colloïdal du Dr PINARD

POSOLOGIE

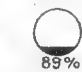
PHOSPHATE
- **Adultes** : 2 à 3 Cuillerées à bouche par jour avant les repas.
- **Enfants** : 2 à 3 Cuillerées à dessert ou à café selon l'âge.

TABLEAU COMPARATIF DU DEGRÉ D'ASSIMILATION



des Phosphates de Chaux Thérapeutiques.

Phosphate Tricalcique	Phosphate acide de chaux	Glycerophosphate de chaux	Phosphate gélatineux colloïdal
23 %	30 %	39 %	89 %



POSOLOGIE

PHOSPHARSYL
- **Adultes** : Une Cuillerée à bouche avant les deux grands repas 5 jours sur 8.
- **Enfants** : Une Cuillerée à dessert ou à café selon l'âge 5 jours sur 8.

Doit être préféré à **TOUS** les similaires :

1. Il est complètement **INSOLUBLE** et se présente à l'état **NAISSANT** dans un état extrême de division **(COLLOÏDAL).**
2. Il contient toute la **MATIÈRE ORGANIQUE DES OS** dont il est extrait (orientation vitale du professeur **ROBIN**) ainsi que leur **SILICE** et leurs **FLUORURES** qui retiennent la chaux.
3. Il est en suspension dans un liquide **NEUTRE** et **ISOTONIQUE.**
4. Il a une **ASSIMILATION MAXIMA.**

LE PHOSPHARSYL

est le même produit contenant 3 centigrammes de méthylarsinate de soude par cuillerée à bouche.

Laboratoires du Docteur PINARD, ANGOULÊME (Ch^te)

sés de façon variable sur le corps sont creux, remplis d'un contenu granuleux et possédant à leur base, une glande mi-cellulaire volumineuse. Des discussions se sont élevées sur la qualité venimeuse de ces poils. La glande possède, le plus souvent, une fonction trophique ou sensorielle.

Une opinion émise, indépendamment, par Beille et par Fabre, répond bien à la réalité des faits, en faisant siéger la propriété urticante dans les poils très fins et barbelés garnissant les *miroirs*.

On nomme ainsi des taches sombres, noires ou fauves, divisées en quatre champs symétriques, deux à deux, qui sont disposés sur tous les segments ou seulement sur les derniers segments du corps. La structure est si évidente, qu'on peut s'étonner de les avoir vus méconnaître.

Ces taches occupent le fond d'une cavité limitée par deux lèvres transversales.

A la volonté de l'animal, les lèvres se ferment ou s'écartent. Les gros poils qui les garnissent étant successivement horizontaux ou dressés, les quatre taches apparaissent ou disparaissent. Elles-mêmes sont formées d'un fin gazon de poils très serrés, barbelés et creux. Ils reposent, chacun, sur un socle distinct, sorte d'élevure prismatique de la chitine, et, au-dessous, l'épithélium très épais est formé de longues cellules lagéniformes, inégales, paraissant disposées sur plusieurs rangs, et communiquant avec les poils.

Ceux-ci se détachent avec une extrême facilité et sont certainement urticants, comme le démontre leur application sur la peau. Là, trois opinions sont en présence. L'une veut que les cellules épithéliales sous-jacentes soient glandulaires et chargent de poison le poil qui peut s'enfoncer très facilement dans la peau, par son extrémité basale, opposée aux barbelures, et inoculer son contenu, par le canal très visible de cette pointe basale. Mais la nature venimeuse d'une sécrétion glandulaire, en ce point, reste à démontrer. Il s'agit de poils très caducs qui, peut-être, se régénèrent souvent, d'où l'importance trophique de l'épithélium sous-jacent. Une autre opinion veut que le poison soit extérieur aux poils, et exsude de boursouflures glanduleuses de la région.

Desséchée et pulvérulente, cette substance s'attacherait aux poils voisins. C'est l'opinion de Groosens, devenue classique, malgré son peu de précision, aussi bien histologique que pathologique. Pour d'autres enfin, le poison urticant est un déchet organique, rejeté avec les excréments, et dont les poils s'imprégneraient. Cette opinion soutenue par Fabre est basée sur le fait que le sang et les excréments abandonnent à l'éther une substance vésicante, rappelant la *cantharidine*, dont l'existence serait générale chez les insectes. J'ai vérifié, personnellement, cette opinion, il y a plus de dix ans, en recherchant ce principe alcaloïde chez le *hanneton*.

Si les chenilles non velues ne mettent pas en évidence cette propriété, c'est qu'elles ne disposent pas d'appareil d'inoculation. H. Coutière ayant répété, à trois reprises, sur des crottes de *Processionnaires*, l'expérience avec l'extrait éthéré, ne put obtenir qu'une rougeur insignifiante, ce qui est loin des résultats de Fabre.

La question a été reprise, il y a quelque temps par Tyzzer, avec des moyens nouveaux. Cet auteur a montré que les poils fins et barbelés s'enfoncent réellement dans la peau, où ils déterminent dans un très petit rayon, des phénomènes de coagulation et d'appel de leucocytes. Il a cherché surtout à déterminer la nature et les propriétés du poison urticant, à l'aide d'une méthode très sensible, basée sur son action hémolytique.

Entre lame et lamelle, des poils de *Porthésia* hémolysent les hématies humaines, l'action commençant dans la région située autour de la base effilée du poil, région qui se borde, à distance, d'hématies crénelées. En possession de ce test, Tyzzer a pu essayer sur les poils l'action de divers réactifs. Il aurait ainsi constaté que le poison urticant résiste à une chaleur sèche de 115°, que, contrairement aux expériences de Fabre, les dissolvants volatils, quels qu'ils soient, le laissent inaltéré, que la pyridine bouillante, les acides, ne l'altèrent pas, que les alcalis très dilués, l'eau à 60°, le dissolvent. La singulière substance que cette méthode met en évidence serait, sans doute, une *albumine toxique*.

H. Coutière, en répétant ces expériences, avec des poils ayant séjourné dans l'éther, l'acétone, n'est pas arrivé aux mêmes résultats.

Si donc, quelques points paraissent fixés quant à la structure de l'appareil urticant des chenilles, on peut dire que la question reste entière, au point de vue chimique et physiologique.

Ces expériences de laboratoire s'éloignent singulièrement des observations cliniques qui ont inspiré le présent travail. Sans en nier l'utilité et la portée scientifique, il n'est pas douteux qu'elles sont insuffisantes à fixer les idées sur l'*étiologie* et la *pathogénie* essentiellement complexes qui régissent les accidents produits par la *Piéride des choux*, avec leurs conditions variables quant aux facteurs multiples qui les entourent et aux agents pathogènes d'association. Ma conviction est que le venin inoculé par les chenilles n'a qu'un rôle restreint et presque négligeable, quant à l'intensité des symptômes, à la durée de l'affection et au pronostic.

La circonstance aggravante, si je peux ainsi

m'exprimer, réside dans l'inoculation microbienne accessoirement provoquée par l'effraction des poils dans les téguments plus ou moins souillés par une flore microbienne essentiellement variée.

Traitement :

Sudation générale et applications locales de compresses très chaudes avec la *solution antiseptique* suivante :

Formol...............	2 grammes
Teinture d'iode.........	5 grammes
Iodure de potassium....	5 grammes
Eau bouillie...........	250 grammes

Dr CROUZEL (de la Réole.)

Bibliographie : Lalesque, H. Coutière.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le Dr SATRE, médecin-major aux Armées.

I. — Un légume avantageux pour le temps de guerre.

Un nouveau légume, se rattachant à la famille des composés, et au genre hélianthus, fut présenté, en 1908, à la Société d'horticulture de Montpellier.

L'*hélianthi*, qui croît en Amérique, manifeste une vitalité tout à fait extraordinaire, s'accommode de tous les terrains, peut être semé en toutes saisons.

Ces propriétés en font un vrai légume de guerre, et je m'étonne que nul n'ait songé à l'importer chez nous au cours des années dernières.

L'hélianthi doit ses qualités comestibles à ses puissants tubercules, longs de 20 à 25 centimètres, et qui pourraient être présentés sur nos tables en friture, en purée ou en savoureux beignets.

II. — Blanchiment rapide des cheveux chez des soldats.

Metchnikoff a fait connaître, il y a quelques années, les conditions dans lesquelles blanchissent les cheveux : les grains de pigment que renferme la moelle du poil sont absorbés par des cellules ambulantes, qui les charrient dans le courant sanguin.

Si cette action est possible, c'est que les cellules du poil ont cessé de défendre leur contenu, en raison de leur affaiblissement ou d'une activité exagérée des cellules ambulantes, dites *chromophages* .

On sait que cette action peut être très rapide, puisque les cas de blanchiment des cheveux *en une seule nuit* ne sont pas extrêmement rares : nous en avons observé deux cas, très caractérisés, au cours de la campagne, le premier chez un soldat qui avait vu mourir son frère d'une balle dans la tête à côté de lui, le second chez un brigadier d'artillerie qui avait subi 55 heures d'un bombardement terrible et avait perdu, dans ce laps de temps, presque tous les camarades de sa batterie.

Je rappelle qu'un fait de même nature se produit chez certains animaux, qui blanchissent pendant l'hiver, comme l'hermine, qui est l'exemple type, et l'écureuil des montagnes de la Suisse et de l'Italie, qui est noir en été et devient plus ou moins gris en hiver, tel le petit gris du nord de l'Europe.

III. — Le goyavier comme traitement antidiarrhéique.

Le goyavier, que les indigènes désignent sous le nom de *djamboe*, est un arbre de la famille des myrtacées, que les habitants de Java emploient avec succès dans le traitement des diarrhées. Ils affirment même que ce médicament donne les meilleurs résultats dans le traitement du choléra asiatique. Ils se servent des feuilles et de l'écorce.

Dans les années qui ont précédé la guerre, je me suis intéressé à l'étude des propriétés thérapeutiques du goyavier.

J'ai constaté que les feuilles de cette plante sont très riches en tannin et contiennent, en plus, une substance résineuse particulière.

J'ai acquis maintes preuves que l'infusion de ces feuilles, à la dose de 5 %, est un excellent remède pour combattre la gastro-entérite aiguë et les diverses formes de diarrhée de l'adulte, ainsi que le choléra infantile.

Cette infusion des feuilles de goyavier doit se donner à la dose d'une cuillerée à soupe ou à café, suivant les âges, toutes les heures ou toutes les deux heures.

Dans certains cas, la poudre de feuilles m'a été aussi très utile : je l'ai donnée en cachets de 0,50 centigrammes, toutes les heures ou toutes les deux heures.

J'ai traité par le goyavier une trentaine de cas de choléra infantile ; je conclus de mon expérience que ce médicament est, de beaucoup, supérieur à tous les autres moyens de traitement que l'on a l'habitude d'employer pour combattre cette maladie.

En général, après l'administration de trois ou quatre cuillerées de l'infusion de feuilles, les diarrhées les plus intenses et les vomissements commencent à diminuer, pour cesser bientôt complètement.

J'ai également traité par l'infusion de feuilles de goyavier cinq cas de diarrhée cholériforme chez l'adulte ; le résultat obtenu a été excellent, et j'ai vu disparaître, très rapide-

ment, la diarrhée, les vomissements, les crampes.

Avant de donner le médicament, j'ai toujours eu soin de faire prendre aux malades 0,30 centigrammes de calomel.

Les dyspepsies, les catarrhes chroniques de l'estomac et de l'intestin, les diarrhées des typhiques et des tuberculeux ont été aussi amendées par l'usage du goyavier.

C'est surtout dans la diarrhée des phtisiques que ses effets se sont montrés les plus remarquables, et il a réussi alors que les autres médicaments, les astringents connus et les opiacés, avaient échoué.

Il est arrivé, cependant, dans un certain nombre de cas, que l'arrêt de la diarrhée de ces malades n'a pu être obtenu sans associer le goyavier aux préparations opiacées.

Chez les phtisiques, je crois préférable de donner l'extrait fluide de goyavier ; ces malades préfèrent habituellement cet extrait à l'infusion de feuilles.

Je fais remarquer aussi que la médication que je préconise n'a jamais déterminé aucun accident d'intoxication, et que, même, elle ne provoque aucune sensation désagréable à ceux qui l'utilisent. On peut donc la prescrire sans aucune crainte aux enfants comme aux adultes.

Nous avons dit plus haut que les Javanais considèrent le goyavier comme un excellent médicament contre le choléra asiatique. Il y aurait lieu, croyons-nous, de chercher à l'utiliser dans le traitement de cette terrible maladie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Observation sur l'emploi de la Guipsine dans un cas de céphalée urémique très grave

Traitement et guérison par la Guipsine

Mme X... âgée de 54 ans, est malade depuis plus de 3 ans 1/2. Elle exerçait la profession de bouchère dans une petite ville du département de l'Aisne, était grosse mangeuse et était arrivée à peser environ 120 kilos. L'amaigrissement rapide a été le premier symptôme de sa maladie. Dès le début, le médecin qui la soignait constata l'existence d'une quantité sérieuse d'albumine dans les urines, une hypertension artérielle très prononcée et des troubles de la vue qui vinrent plus tard confirmer le diagnostic de néphrite.

Malgré le régime, le repos, l'amaigrissement continua, les troubles visuels s'accentuèrent tellement qu'un oculiste n'hésita pas à faire un pronostic extrêmement grave.

Il faut dire que cette malade était très indocile et suivait avec beaucoup de peine le régime déchloruré simple.

Dans le courant de l'été, la situation devint plus grave : la malade ne voyait presque plus de l'œil droit, et c'est à cette époque qu'apparurent les maux de tête spéciaux, venant par crises d'une extrême violence et se répétant presque tous les jours. Pour comble de malheur, l'invasion allemande força cette pauvre femme à fuir sa maison et à se réfugier dans un département du centre où le mal continua à progresser.

Lorsque je la vis au commencement de mars, deux grands symptômes dominaient la situation : céphalée et vomissements. Les douleurs de tête qui occupaient toute la boîte cranienne étaient d'une violence extrême, et rien ne parvenait à les calmer.

Je trouvai le pouls bondissant, irrégulier, les battements cardiaques extrêmement secs, et l'analyse des urines montra l'existence de 2 gr. 50 d'albumine par litre. Les urines étaient abondantes, mais de quantité très variable d'un jour à l'autre.

En présence de la gravité des accidents, je n'hésitai pas à faire un pronostic sombre, je mis la malade au régime lacté exclusif et, encouragé par des observations antérieures, je conseillai les Pilules de *Guipsine* à une dose variant de 4 à 6 pilules suivant les indications fournies par le pouls et par l'état général.

Très rapidement, les douleurs de tête cessèrent, les urines augmentèrent de quantité, le pouls se montra moins dur et à l'auscultation du cœur, je trouvai au bout de quelques jours les battements normaux.

Après trois semaines de ce traitement, la malade pouvait sortir et dans l'analyse des urines faite un mois après l'administration de la *Guipsine* à laquelle s'ajoutait, bien entendu, le régime alimentaire, on ne trouva plus que 0,15 d'albumine par litre dans les urines.

A l'heure actuelle, deux mois après le début du traitement, l'état général est très bon ; la tension artérielle se rapproche sensiblement de la normale.

Il y a eu simplement, il y a quelques jours, une légère crise de céphalalgie à la suite d'une forte émotion nerveuse.

Il me semble que cette observation présente un grand intérêt et montre l'importance que peut prendre l'administration de la *Guipsine* dans les cas de néphrites avec menace d'urémie et hypertension artérielle très marquée.

BIBLIOGRAPHIE

Notre confrère, l'aide-major de 1re classe docteur Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC, vient de nous donner un nouveau roman paramédical « L'Aile Blanche ».

Cet ouvrage fait suite aux «*Mouettes aux Croix-Rouges*» paru l'année dernière, et haché par la censure.

Discussions sur l'atavisme, études du mal de Pott, croquis sur les Palaces Hôpitaux, et les infirmières de la Côte-d'Azur, conflit d'amour entre Mlle de Savigny et le lieutenant Gallet de Saint-Charles — qu'elle aimerait, mais qu'elle n'épousera pas parce que ses aïeux sont tarés — tel est ce roman de guerre et d'amour.

En voici quelques passages : Ici le docteur de Savigny cherche à convaincre Gisella de ses erreurs. Il lui expose une théorie personnelle de l'hérédité :

« — Crois-le, l'hérédité n'a pas de règles précises. Un médecin qui a parcouru une longue carrière doublée, elle-même, par les observations et le passé d'un père thérapeute, peut hautement l'affirmer. Lorsque la cellule germe paternelle féconde la cellule germe maternelle, deux phénomènes s'accoudent, se lient. Deux scènes capitales se déroulent. La cellule mâle perd une partie d'elle-même. La cellule femelle expulse des noyaux polaires. *Toute l'hérédité est là.* Quel entêtement de ne voir dans ces deux phénomènes que de simples phases de développement, l'élimination de produits de rebut ! Pour moi, l'abandon de ces prétendus déchets est une admirable défense de la nature. C'est avec leur rejet, l'expulsion de l élément morbide des germes ancestraux dont ils sont imprégnés. Malheureusement la matière semi-fluide qui les compose et que j'appellerai Hérédocytine, échappe encore à l'oculaire, déroute les réactions les plus précises ».

Cette page est consacrée aux « *fallotes des hôpitaux* » que l'on aurait dû éliminer, et qui sont légion :

« En février 1915, les douleurs se précisèrent. Il se baissait difficilement, avec des engourdissements. Aux premières visites, le major dicta au caporal infirmier : « *Lumbago, deux jours de repos.* »

— Allons, allons, ce ne sera rien !

Toutefois, le 7 mars, on l'évacua sur le dépôt d'éclopés de Lure. Il n'y suivit aucun traitement. Les douleurs du reste s'étaient calmées. Le 28 mars, retour au front. Les élancements, une souffrance intense le terrassent. On le dirige au dépôt de Gérardmer pour sciatique et faiblesse générale. On croit que ces maux sont passagers... qu'il n'a presque rien ! Sept jours de permission, retour au front. Le 8 juin, on l'embarque dans un train sanitaire qui se dirige sur Epinal. On le garde vingt jours à l'hôpital. Il reverra encore la ligne de feu.

En juillet 1916, le voici au dépôt d'éclopés d'Héricourt. Ce dépôt est en branle-bas. On le transfère à Besançon. Vous pensez si les recrues sont accueillies à bras ouverts ? Notre 2 est désigné pour le transport et le déménagement des lits. Au cinquième voyage, il sent un brusque déchirement dans l'aine droite.

— Ça y est, j'ai attrapé une hernie, dit-il.

Il se plaint amèrement, vit des jours d'angoisse. On l'envoie de nouveau à Epinal. Son volumineux abcès de la fosse iliaque est enfin ponctionné. »

Voici enfin les sensations ressenties par Sœur Saint-Vincent à qui l'on vient de mettre un appareil plâtré :

« On m'a mis ce matin un corset de plâtre.

Ah ! L'étrange sensation d'envoûtement progressif ! Le corps semble tout d'abord collé à des habits mouillés et pesants. On a la sensation de sortir de l'eau tout habillé. Peu à peu une carapace vous étreint, telle une grande griffe. Elle durcit, devient une armure trop serrée.

Nuit horrible, enfiévrée, remplie de cauchemars, de spasmes. Les nerfs sont soumis à une traction lente qui brusquement se relâche. Etat bizarre, indéfinissable ! Fourmillement arrivant insensiblement jusqu'à la douleur. Mes pieds sont engourdis et froids. On pourrait les traverser de part en part avec de longues aiguilles.

Et je suis seule !...

Comme il doit être doux, lorsque l'on est malade, de reconnaître autour de soi des visages, des sourires bienveillants et attristés. »

. . . .

Nous souhaitons à ce livre édité luxueusement par la Maison Maloine, le succès des précédents ouvrages. J. V. L.

L'évolution de la plaie de guerre, par POLICARD, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lyon. Un volume in-8° écu de 192 pages avec figures dans le texte et planches hors texte (Collection Horizon). (Masson et Cie, éditeurs).

De patientes recherches ont permis à l'auteur de passer successivement en revue dans ce manuel les premiers stades de la plaie : sa mise au net, — les germes qu'elle contient, — l'évolution de la cicatrice, — les processus gangréneux, etc., pour terminer par les différentes méthodes de laboratoire employées pour l'examen.

Ce livre écrit en liaison constante avec le chirurgien sera retenu aussi bien par la Science expérimentale que par la thérapeutique médicale et chirurgicale.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le rhumatisme articulaire

1° *Rhumatisme articulaire aigu* :

A. *Traitement interne* :

a) Salicylate de soude...... 33 gr.
Eau anisée............. 1.000 gr.

1 cuillerée à potage contient 0,50 centigrammes de cette solution.

Entraîner rapidement le malade à des doses de 6 grammes par jour en donnant 1 cuillerée à soupe, chaque heure, de la solution indiquée. Lait, tisane de fleurs de sureau, comme véhicule. Etre très prudent chez les névropathes et les cardio-rénaux.

Si le traitement est toléré, le continuer pendant 10 jours. Pendant la période de repos, laver le rein avec du lait coupé d'eau d'Evian, d'eau d'Alet, avec des tisanes diurétiques (*uva ursi*), des bouillons de légumes verts, de l'eau lactosée.....

Dans certains cas d'intolérance gastrique, Lyon et Loiseau recommandent les formules suivantes :

b) Potion :
Salicylate de soude........ 12 gr.
Rhum.................. 40 gr.
Sirop écorce orange amère.. 50 gr.
Eau distillée........q.s.p. 180 cc.

1 cuillerée à potage contient 1 gramme de sel.

c) Salicylate de soude........ 15 gr.
Sirop de groseilles....... .. 300 gr.

Si vous prescrivez des cachets :

d) Salicylate de soude...} ââ 0,20 centigr.
Sulfate de quinine....}
Cryogénine..........} ââ 0,10 centigr.
Pyramidon...........}
pour 1 cachet, n° 20.

2 à 3 par 24 heures.

Ayez *toujours soin* de faire absorber au malade une eau légèrement bicarbonatée : Vals, (Reine), Pougues St Léger, Vichy-Célestins, etc.

Si le rhumatisme semble prendre une marche toxi-infectieuse, ne pas hésiter à faire une injection d'*électrargol* ou d'*électraurol*.

Mais ces corps colloïdaux, employés en injection intra-veineuse, déterminent de violentes réactions dont il faut avoir grand soin de prévenir l'entourage.

Pour l'*électraurol*, en particulier, il est prudent

de commencer par des doses de *un centimètre cube.*

Par voie buccale, on peut prescrire :

e) Argent colloïdal....... 0,50 centigr.
Eau distillée.......... 120 gr.
de 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Ou bien :

f) Chlorure d'or et sodium. cinq milligr.
Miel de Narbonne q. s. p. 1 pilule nº 20.
2 par 24 heures.

Traitement externe : Envelopper l'articulation avec une épaisse couche de coton cardé (beaucoup mieux, avec de la laine de Suint), sur laquelle on aura répandu

100 gouttes du mélange suivant :

a) Salicylate de méthyle.... } ââ 10 gr.
Goménol................ }

Recouvrir de taffetas chiffon. Renouveler le pansement chaque 24 heures.

Il y a avantage à alterner avec la pommade suivante, surtout si la fièvre se maintient élevée ;

b) Collargol.................. 10 gr.
Axonge.................. 60 gr.

Envelopper comme plus haut.

Le traitement de la convalescence comprendra un régime lacto-végétarien auquel on adjoindra

c) Sirop iodo-tannique...... } ââ 150 gr.
Sirop de quinquina...... }

Traitement hydrominéral : N'adresser le malade aux stations thermales que *de quatre à six mois après la crise* : Bagnères de Bigorre, Bourbonne-les-Bains, Rennes-les-Bains, etc.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Contre les médecins à qui la guerre profite

Réflexions dédiées au Dr NOIR *et à M. le Docteur* MOURIER.

Ne pourriez-vous pas signaler au Dr Mourier des abus graves pour la corporation et qui découlent de l'emploi de deux poids et deux mesures pour les médecins de complément ?

Dans maints gros centres, on voit de jeunes toubibs maintenus depuis plus de 3 ans ! En voilà qui se moquent des dépêches nº 17.023 et 63 Ci/7 ! Ils ont trouvé le filon, grâce sans doute à des influences, à des relations personnelles, très souvent à des sociétés de secours aux blessés. Ils opèrent ou soignent les civils *contre de gros honoraires* au détriment des confrères mobi-

lisés, les P. D. F., poires du front, que mine la guerre et ils ne sont soumis ni à la patente ni à l'impôt ! Tant pis pour les médecins ou chirurgiens restés en place parce que non mobilisables, ou revenus parce que réformés ! Dans nombre de grandes villes de la ...e région en particulier, j'en sais qui ont quadruplé leurs revenus du temps de paix et s'en vantent ! Ah ! la guerre n'est pas « detestata omnibus medicis », croyez-moi !

De ce fait découle un autre abus qui sèmera la discorde après la guerre, car, si une juste loi n'intervient pas, alors que la guerre qui ruine les autres médecins, ceux-là s'étant — sans concurrence — créé de grosses situations dans les régions où les auront maintenus les directeurs, vont s'installer tout bonnement dans lesdites régions où ils auront acquis une notoriété imméritée.

Les Remèdes ? Ils sont simples : M. le Dr Mourier n'a qu'à prendre deux mesures.

1º Empêcher *effectivement* MM. les directeurs de régions, de maintenir plus de trois mois un médecin ou un chirurgien dans une même ville.

2º Demander au parlement de voter une loi empêchant à tout médecin mobilisé dans une ville de s'y installer après la guerre.

Mais un sous-secrétaire d'Etat s'occupe-t-il de ces bagatelles ? Permettez-moi d'en douter.

Dr X., membre du *Concours*.

Réponse

Sans faire nôtres d'une façon absolue vos affirmations dont nous vous laissons l'entière responsabilité, nous nous rallions très volontiers, en principe, à vos propositions, car nous ne pouvons admettre, — et nous n'avons cessé de le clamer ! — qu'il y ait deux poids et deux mesures, que ce qui est la vérité dans la Ne région, soit l'erreur dans la N + 1e, et qu'à la faveur de la guerre, les devoirs les plus élémentaires et les plus rigoureux de la plus saine confraternité, soient avec la complicité des règlements militaires, souverainement méconnus. D'autre part la gratuité des soins donnés aux civils par les médecins mobilisés ne nous semblent pas un remède, bien au contraire.

La mise hors cadre des vieux R. A. T.

I

Votre projet de mise hors cadre des médecins des classes 1898 et plus anciennes est certainement trop simple et trop logique pour qu'il ait

des chances d'être adopté par le Service de Santé.

Je crois cependant que personne n'aurait rien à dire, si, après trois ans de guerre, on renvoyait chez eux, au moins provisoirement, les médecins âgés comme on le fait pour les agriculteurs, car les uns et les autres sont également nécessaires à la vie économique du pays.

De plus, la mise hors cadre de ces médecins permettrait d'assurer le service médical des populations civiles, sans qu'il en coûte rien à l'Etat, beaucoup mieux que maintenant, puisqu'on est obligé de faire assurer ce service par des médecins du service auxiliaire qui touchent leur solde, et qui, d'après les exemples que je connais, ne donnent pas toujours satisfaction aux populations qu'ils sont chargés de desservir.

Sous prétexte de maladies ou de fatigue, certains d'entre eux, en effet, mettent très peu d'empressement à se rendre à l'appel des malades, et estiment avoir fait leur devoir lorsqu'ils ont vu trois ou quatre malades dans la journée.

Je sais par expérience que la clientèle rurale est très fatigante et je comprends parfaitement qu'il faut avoir une bonne santé pour exercer dans ces conditions. Mais alors, pourquoi avoir confié ce service particulièrement pénible à des médecins malades ou fatigués, alors qu'un service de 40 ou 50 lits dans un H O E ou dans un hôpital de la zône des armées est bien plus doux et leur conviendrait parfaitement ?

En revanche, les médecins âgés ne demanderaient pas mieux que de reprendre le harnais, et d'assurer à leurs risques et périls le service que leurs jeunes confrères trouvent trop pénible pour leurs épaules trop fragiles et trop délicates, et l'Etat ferait ainsi des économies, qui, dans les temps où nous vivons, ne sont pas à dédaigner.

Oui, mais, comme je le disais au début, cela est trop simple, trop logique et j'ajoute pas militaire, car il faudrait sans doute modifier trop de règlements pour envoyer de soi-disant inaptes dans la zône des armées. Cela représente un travail bien au-dessus des forces du Service de Santé.

C'est pourquoi je crains que votre projet n'aille rejoindre toutes les circulaires qui ont déjà vu le jour, et qui pour des raisons encore mystérieuses, n'ont jamais été appliquées.

Dr L.,.

II

Je reçois avec quelque retard le *Concours Médical* d'octobre et j'y lis la lettre que vous adressiez au directeur du Service de Santé.

J'estime, comme vous, que la mise hors cadre des médecins R. A. T. s'impose absolument. Il en résultera d'abord une économie notable pour le Trésor, avantage qui n'est pas à dédaigner par ce temps de gaspillage des fonds publics. En second lieu, on permettra de gagner leur vie à nombre de médecins chargés d'ans et de famille et dont l'incorporation est totalement superflue.

Il est hors de doute, si l'on veut être franc, que les médecins mobilisés sont par trop nombreux. Aussi bien au front qu'à l'intérieur, les médecins sont en surnombre et on les voit trop perdre leur temps dans une oisiveté déprimante. Combien n'en voit-on pas, dont le service leur prend une, deux ou trois heures au plus par jour et qui, pour tuer le temps et l'ennui, sont obligés de recourir à la pratique intensive de la ballade, de la pêche à la ligne et surtout du bridge ?

Qui dira combien de pauvres confrères, sans le bridge sauveur, auraient versé dans la nostalgie, de la nostalgie dans l'hypochondrie et de l'hypochondrie dans la folie ?

Le remède est connu et facile à appliquer partout : qu'on supprime toute cette poussière de petits hôpitaux auxiliaires, bénévoles, à 20, 30, 40 lits, hébergeant 2, 3, 5 malades ou blessés en leurs dortoirs abandonnés ; qu'on ramasse le tout dans de grands hôpitaux de 200 à 300 lits, hôpitaux qu'il n'est pas nécessaire de bâtir, qui existent, mais qui sont, pour la plupart, pas ou très mal utilisés. Les malades seront mieux soignés et mieux surveillés. On libèrera du coup une foule d'infirmiers, secrétaires, officiers d'administration qui baillent aux corneilles tout le long du jour. Enfin deviendront disponibles des centaines de médecins âgés qui pourront être rendus à la vie civile, sans que personne puisse y trouver à redire, puisque la mesure s'étendra à tous les pépères d'un certain âge. Quant à la population civile, elle sera bien loin de s'en plaindre, car elle est, en maints endroits, ou dépourvue de soins, ou livrée à la merci d'étrangers qui profitent de l'aubaine.

Je ne me dissimule pas, d'ailleurs, que cette mise hors cadre des vieux médecins sera difficile à obtenir des dirigeants du Service de Santé. D'abord, il faudra faire un petit effort, sortir de l'ornière, prendre peut-être quelque mesure demandant un brin d'initiative : or, ce sont là qualités qui ne pèchent point par leur excès dans nos administrations en général et dans la sus-nommée en particulier. Et puis, il y a la soif du nombre. Tous ceux qui commandent veulent avoir beaucoup de monde, le plus de monde possible sous leurs ordres : plus la phalange qui les suit est nombreuse, plus ils sont contents d'eux-mêmes et fiers. Avec cet état d'esprit, ils demanderaient l'incorporation des mé-

decins jusqu'à 70 ans plutôt que leur libération à 45 ans.

L'objection est d'ailleurs facile à trouver pour nos chefs, si facile qu'un enfant s'en chargerait : ils invoqueront les nécessités de service, nécessités absolues, impérieuses. Mais pour tous ceux qui ont roulé les hôpitaux du front, de la zone des étapes et de l'intérieur, il est hors de doute que ces nécessités n'existent pas.

Un bon tiers des médecins mobilisés sont inutiles. Qu'on renvoie les plus vieux chez eux. Qu'on généralise à tous les R. A. T. la mesure qui a été appliquée aux classes de 1888 et plus anciennes. On a rappelé à l'intérieur les vieux jusqu'à la classe 1891 : il est illogique de les tenir à 100 kilomètres de chez eux, de les exercer à des chassés-croisés intermédicaux. Ils feront aussi bien dans la ville de leur clientèle le travail militaire qu'ils font ailleurs ; mais le temps qui leur restera, ils pourront l'employer à gagner leur vie et à des occupations intelligentes.

Qu'on envoie les vieux médecins de village chez eux, et sans solde ; ils y soigneront librement la population civile. Qu'on oblige ceux des villes, également sans solde, à collaborer au fonctionnement des hôpitaux, suivant les besoins et suivant leurs compétences.

Cette mesure est tellement logique et simple qu'on ne voit pas pourquoi il faut la réclamer ni pourquoi elle n'est pas déjà prise.

Au fait, c'est peut-être la raison pour laquelle elle ne sera jamais adoptée.

Dr C.

Des médecins français pour les malades français ?

Les confrères qui jettent de temps à autre un coup d'œil indiscret sur les en-tête d'ordonnances ou les plaques provisoires accolées à celles des médecins mobilisés ne voient pas sans quelque appréhension grossir le flot toujours montant des étrangers. Le corps médical civil est représenté par toutes les nationalités (... turque comprise). Seul l'élément français devient chaque jour plus introuvable. — Provisoire, direz-vous. — Hum ! Permettez-moi de me méfier de ce « provisoire ». L'expérience a fait de nous des sceptiques sur ce sujet. La loi est une position bien facile, toujours très facile à tourner quand on ne la prend pas tout simplement d'assaut. Sur cent métèques actuellement installés soit pour leur compte, soit à titre de remplaçants, j'affirme qu'il en restera au moins 90 en France après la guerre. Et je mets bien au défi qu'on me démentisse. Et ceci n'est pas un des moindres dangers que court notre profession pour l'après-guerre. Le corps médical aura donné ses plus splendides dévouements, au-

ra versé son sang pour se voir supplanter dans ses droits par des Egyptiens, des Grecs, des Brésiliens, etc., etc.

On m'objectera la nécessité d'assurer des soins à la population civile. J'en suis tout à fait d'accord. La population civile a besoin de médecins. Elle en manque. Elle n'en a pas assez et cette pénurie constitue actuellement un danger. Celui qui reconnaît ce fait est un médecin libéré d'obligations militaires, donc non suspect de plaider sa cause en égoïste.

Par exemple, on me permettra de spécifier et d'établir un distinguo. Il est besoin, il est même un besoin urgent de médecins faisant la médecine générale, visitant les malades, prodiguant leurs soins à tous et pour tout.

Il en est besoin par dessus tout dans les campagnes. Or que voyons-nous ? Chaque coin de rue est tapissé par les affiches multicolores de pseudo-spécialistes.

L'un annonce sa méthode spéciale pour les « voies urinaires », l'autre guérit en un mois la tuberculose, celui-ci est un gynécologiste « spécialisé », celui-là un oculiste, cet autre un otorhino distingué. Quelques-uns font toutes les spécialités à la fois ! ! Ceci se trouve dans toutes les grandes villes, dans tous les grands ports, à Paris principalement. Mais les campagnes n'ont toujours pas de médecins. Or la population civile a besoin de médecins beaucoup plus que d'industriels, fussent-ils même chevaliers de leurs industries ; elle trouvera toujours quelque part le spécialiste nécessaire. Elle trouvera toujours trop le pseudo spécialiste d'industrie.

Je voudrais passer sous silence le danger qu'il peut y avoir à laisser exercer la médecine en France par des médecins qui, pour beaucoup, ignorent même l'usage de notre langue et qui, pour quelques-uns, non munis d'aucun diplôme français, ignorent absolument tous les dosages du Codex français.

Nous sommes en présence du problème suivant. Le corps médical des grandes villes, mobilisé pour la défense de sa Patrie, voit actuellement se glisser dans sa profession des éléments qui n'ont aucun droit d'exercice. Qu'on ne nous parle pas de provisoire ! Est-ce pour un provisoire que quelques-uns font une pareille débauche de publicité sur les murs ? Laissez-nous rire de ce provisoire, dont les intéressés savent déjà, soyez-en sûrs, le moyen de tirer la ficelle.

Alors ? — Mais alors le problème n'a rien d'insoluble. La population civile a besoin de médecins ? Le fait est très certain. Nous lui en donnerons. Nous lui donnerons des médecins français. Le Service de Santé lâchera et rendra à la vie civile tous les médecins fatigués ou inaptes. Ils retourneront dans nos campagnes soigner la veuve qui laboure ou l'orphelin de la guerre. Ils s'éparpilleront où ils étaient, vers

leurs anciens postes d'avant-guerre et le peu qui rentrera, comblera quelques-uns des grands vides, créés par la mobilisation en masse du corps médical.

Le Service de Santé à son tour recueillera tous les sujets non-mobilisés des nations alliées.

Il est inconcevable qu'un grec ou un Sud-Américain de trente ans, lequel se dit notre allié, ne fasse œuvre d'alliance que pour chiper la clientèle d'un médecin français de cinquante ans mobilisé ! ! !

Or, ceci est le fait de chaque jour, le spectacle de chaque coin de rue.

M. Mourier est médecin. Il est médecin civil. Il ne pourra pas fermer les yeux sur les dangers qui menacent en ce moment notre profession et que nous prenons la liberté de lui signaler, comme je la signale à l'attention de mes confrères. Dr G.

Et la relève de la classe 92 ?

Sous le proconsulat de M. Godart, tous les deux mois à peu près, une classe de vieux médecins était relevée du front ; ainsi rentrèrent successivement à l'intérieur les médecins de 89, 90, 91. Le 20 décembre dernier, M. Godart annonçait même à la tribune que la relève de la classe 92 se faisait. Il y a plusieurs mois de cela et cette relève n'est pas faite, peut être même pas commencée. Est-ce la faute de l'ancien ou du nouveau sous-secrétaire d'Etat ? Nous ne le rechercherons pas, mais nous pouvons affirmer que les médecins de la classe 92 et de la classe 93 qui comptaient revenir à l'intérieur comme on leur avait promis trouvent qu'on ferait mieux de moins répéter la formule : « Les vieux à l'arrière » et de l'appliquer plus souvent.

PARTIE MÉDICO MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Au sujet du referendum

Je n'avais pas songé jusqu'ici à répondre à votre referendum, mais puisque vous insistez et que vous désirez absolument connaître l'opinion de tous les médecins mobilisés, eh bien, voici celle d'un de vos abonnés, médecin de bataillon sur le front.

Au moment le plus critique de la guerre, à l'heure où se jouent les destinées de la France, et où chacun, ayant fait le sacrifice de sa peau, ne doit songer qu'à rendre le plus de services possibles à son pays, je me moque complètement qu'on m'appelle Monsieur le Major ou mon Lieutenant, et je dis il y a autre chose de plus pressant.

Que m'importe que j'aie ou non des galons sur les manches si, appelé demain à faire la guerre de mouvement, je n'ai au moment de faire un pansement, aucun récipient pour envoyer chercher de l'eau ou pour me laver les mains ? Une cuvette et un seau en toile me feraient alors beaucoup plus de plaisir qu'une loi sur l'« Assimilation ».

Je prends à dessein entre mille cet exemple trivial et je vous parle en connaissance de cause, ayant moi même fait l'expérience il y a moins d'un mois. Sans doute je suis bien terre à terre.

Mais que voulez-vous ? Pour nous, les humbles, les tous petits détails ont beaucoup plus d'intérêt que les Grandes Idées.

D'ailleurs n'est-ce pas l'ensemble de ces détails dont aucun ne doit être négligé qui constituent l'organisation ? Demandez plutôt aux Boches s'ils considèrent les détails comme méprisables.

Croyez-moi, il y a des questions infiniment plus urgentes que celles que vous posez. Il y aurait un volume à écrire sur toutes les améliorations, non seulement utiles, mais mêmes indispensables à nos services. Je me propose d'indiquer à mes chefs (s'ils veulent bien m'écouter) celles que, dans ma petite sphère, l'expérience m'a révélées ; mais je ne me fais pas beaucoup d'illusions. Jusqu'à la fin, les trois quarts des gens continuent à se laisser vivre sans se demander si l'on ne pourrait pas faire mieux, et le quatrième quart, qui voudrait faire mieux, sera paralysé par l'apathie et l'indifférence de ses supérieurs.

Pour en revenir à votre referendum, je voulais vous montrer qu'il ne peut guère présenter pour les médecins du vrai front, j'entends pour ceux qui réfléchissent (1), qu'un intérêt bien secondaire, surtout à l'heure actuelle.

Je viens de vous parler de l'organisation matérielle, parce que c'est le point le plus palpitant.

Au second plan de nos préoccupations vous pouvez mettre la question des affectations. Ne voyez-vous pas, d'après toutes les plaintes que vous recevez, que le médecin qui est toujours dans la tranchée quoique depuis longtemps territorial et qui voit dans les formations de l'arrière des petits jeunes gens de vingt ans, serait infiniment plus content de voir enfin paraître une règlementation équitable des affectations, qu'un décret lui prescrivant une tenue kaki ou noire ?

Au troisième plan, je placerai les préoccupations de l'après-guerre. Comment vivrons-nous après la guerre ?

Je ne vous parlerai pas de la question de l'avancement et des différences honteuses qui existent à ce point de vue entre médecins civils et médecins militaires. Pourtant cette question aussi nous intéresse.

Je sais bien que vous vous occupez de ces dernières questions puisque je suis abonné au *Concours*, mais jusqu'ici, je n'ai pas eu la satisfaction de constater beaucoup de résultats vraiment tangibles, si ce n'est peut-être pour quelques troisièmes galons conquis péniblement en faveur de médecins de plus de quarante ans.

Aussi, quand vous venez nous parler de chambarder toute l'organisation du Service de Santé, mon bon sens m'ordonne de vous dire : Si réellement vous possédez un pouvoir assez considérable pour réaliser une œuvre pareille, comme vous ne pouvez pas songer à la réaliser au moment où les Boches sont aux portes d'A-

(1) Ceci n'est pas du tout un coup de patte pour mes confrères.

Moi aussi, j'avais pris l'habitude de ne plus penser à rien, montant aux tranchées et en redescendant avec mon bataillon, jusqu'au jour où, par suite d'un repli rendu brusquement nécessaire, j'ai dû abandonner mon P. S. n'emportant que ce que je pouvais traîner avec mes hommes, et faire ainsi pendant 3 jours et 3 nuits la guerre de mouvement. Je me suis aperçu alors que j'avais eu tort et que l'« on » avait eu tort de ne jamais songer à cette hypothèse. Combien depuis l'offensive, ont dû faire les mêmes réflexions que moi ?

miens, ne pourriez-vous pas employer ce pouvoir à faire aboutir nos vœux les plus immédiats et les plus urgents, c'est-à-dire :

1° A nous faire donner tout ce qui nous manque pour pouvoir rendre le maximum de services, quelles que soient les circonstances. Il s'agit là de la vie de nos blessés.

2° A faire mettre chacun à sa place : il s'agit du sort des médecins, toujours les mêmes qui se font casser la figure.

3° A nous donner l'assurance, qu'à notre retour, nous ne trouverons pas un brave confrère installé à notre place ou que nous ne serons pas obligés de faire une visite à un millionnaire pour vingt sous : il s'agit de l'avenir de tous les médecins mobilisés.

Quand tout cela sera réalisé, si les Boches se sont calmés nous nous occuperons tant que vous voudrez de l'autonomie du Service de Santé.

Je vous présente mes meilleures salutations avec l'espoir que vous ne verrez dans cette lettre aucune acrimonie, mais de simples remarques dictées par le souci de l'intérêt général.

Dr R.

Réponse

On ne pourra pas dire que vous nous ménagez vos critiques, ni que nous craignons de les publier.

« Il y a mieux à faire, dites-vous, en ce « moment que de s'occuper des appellations « dans le Service de Santé ».

Nous avons toujours été d'avis que la réorganisation du Service de Santé ne peut être poursuivie actuellement : c'est une œuvre d'après-guerre, mais nous allons chercher à vous démontrer que, tout se tenant, vos propres desiderata, qui n'ont pas cessé d'être les nôtres, sont liés à la question dont notre *referendum* a saisi le corps médical mobilisé ; que cette question est quand même d'actualité, et qu'il n'est pas sans intérêt d'avoir, à son sujet, le plus grand nombre possible d'opinions autorisées.

Un projet de loi sur l'autonomie de Service de Santé est déposé sur le bureau de la Chambre des députés. Il doit entrer prochainement en discussion.

Ce projet veut « assimiler » le Service de Santé aux armes combattantes : et, dans ce but, il ne trouve rien de mieux, entre autres innovations (!!), que d'accentuer la militarisation du personnel sanitaire, en lui donnant l'identité d'appellations avec les officiers de troupe.

Il n'était pas inutile de savoir ce que pensent les véritables intéressés — les médecins — de ces présents d'Artaxercès.

Ceux qui nous ont répondu se sont déclarés, pour plus des 3/4, opposés à cette militarisation à outrance.

Si demain, la Chambre aborde la discussion du projet de loi dont il s'agit, elle n'ignorera pas qu'un pourcentage élevé de médecins mobilisés est radicalement hostile à la tendance qu'il incarne.

Ce n'est d'ailleurs pas tout : on a dit et on ne saurait trop répéter que, depuis le début des hostilités, 18.000 médecins de complément n'ont cessé d'être menés par 2000 médecins de carrière. Que dis-je ? Par 2000 médecins de carrière ? Par 200 tout au plus ; les principaux et les inspecteurs.

C'est de là que vient tout le mal, c'est de cette situation que découlent les principaux motifs de plaintes de nos confrères.

Le haut commandement médico-militaire est tout entier entre les mains des médecins de carrière.

Ils sont vos *supérieurs*, vos *chefs*, ces termes sont de vous-mêmes. Vous dépendez entièrement et exclusivement d'eux. N'allez pas chercher ailleurs les malaises dont vous souffrez : tout vient de là.

Vous êtes de la classe 1887. Vous savez que le Ministre a décidé que les médecins de cette classe pourront être mis en congé sans solde. Désireux de bénéficier de cette disposition, vous adressez une demande que, respectueux des règlements, vous aiguillez par la voie hiérarchique. Ah ! le bon billet ! Quelques jours après, cette demande vous revient. Votre directeur, qui est de la carrière, l'a arrêtée en route et vous la retourne avec l'annotation : « Demande non susceptible d'être accueillie favorablement pour *raison de service.* »

Vous avez 42 ans, vous êtes père de 4 enfants. Vous dirigez le service d'un bataillon d'infanterie, tandis que vous voyez, à l'arrière des lignes, des confrères de cinq, six et dix ans plus jeunes que vous.

Fort des déclarations réitérées du ministre : « *les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière !* » vous adressez à votre directeur, qui est de la carrière, une demande respectueuse pour obtenir une affectation en rapport avec votre âge, vos charges de famille. Elle vous revient annotée comme précédemment, etc., etc., etc.

Que demandons-nous ? Qu'à égalité du titre, celui de DOCTEUR EN MÉDECINE (*il n'y en a*

pas de deux ni de plusieurs sortes : il n'y en a qu'un, comportant pour tous ses détenteurs, sans exceptions, mêmes droits, mêmes devoirs sous le contrôle et la garantie des lois), qu'à égalité de titres, les fonctions médico-militaires soient réparties selon les aptitudes et les compétences particulières de chacun ; que M. le Dr X... qui est connu comme un organisateur remarquable, comme un administrateur habile, puisse être directeur du Service de Santé d'un corps d'armée, d'une armée, même si, par ailleurs, il n'est que professeur à la faculté de N... ou même médecin des hôpitaux de Z..., voire, simple praticien à K.., sans avoir jamais fréquenté Lyon et son école, sans avoir jamais reçu la grâce du Val.

Que les fonctions ne s'échelonnent que sur le terrain *administratif* ; qu'au point de vue *technique*, chaque médecin conserve son indépendance, sous sa responsabilité, quitte à payer *très cher*, au besoin de la perte du droit d'exercer et du reversement dans le rang comme simple troupier, telle faute plus ou moins lourde qu'il pourra commettre.

Qu'un échelon de solde sagement calculé apporte au médecin, suivant son âge, les ressources auxquelles il est en droit de prétendre, proportionnellement à celles qu'il obtiendrait de l'exercice civil de sa profession.

Mais à quoi bon nous étendre de nouveau sur ce que nous avons tant de fois répété ?

Ce qu'il faut rechercher, c'est un statut qui permette aux médecins d'exercer leur art dans les conditions les meilleures, leur permettant de rendre aux malades et aux blessés des armées, le plus possible de services.

L'organisation actuelle ne nous paraît pas susceptible d'obtenir ce résultat. Nous rêvons d'une organisation, toute différente, d'où disparaîtrait le dualisme où se heurtent l'*activité* et le *complément*, mais où régnerait, avec et même en dépit des subordinations administratives nécessaires, un esprit de confraternité bienveillante qui mettrait chacun à sa place, aplanirait les difficultés et contribuerait au parfait fonctionnement de la grande machine sanitaire.

Comment se fait-il qu'avec de pareilles idées, nous soyons encore discutés ??

La situation des vieux aide-majors.

Le *Concours* pourrait-il attirer l'attention supérieure sur la situation des vieux médecins aides-majors, anciens exemptés-rappelés, incorporés à partir de mars 1915, et qui actuellement se trouvent maintenus dans le grade le plus bas, et en queue de toutes les listes et tableaux ? Ils semblent porter le poids d'une lourde faute originelle. Et pourtant ! Ils payèrent de bonne heure dans les régiments. N'ayant jamais bénéficié des relèves, ils ont un séjour au front égal à celui de la moyenne. La plupart sont âgés et pères de famille, praticiens de 15 et 20 ans. Ne pourrait-on tenir compte à ces territoriaux ou R. A. T., de leur âge, de leur expérience, de leur carrière médicale antérieure ?

Auront-ils toujours pour médecins-chefs des médecins de 15 ans plus jeunes ? Seront-ils toujours les inférieurs au point de vue militaire, des nombreux étudiants en médecine non docteurs actuellement munis de 2 ficelles, *plus anciens dans le grade le plus élevé* ? Devront-ils toujours renoncer à acquérir le 3e galon, qui consacre à 40 ans toute carrière militaire honorable et assure au titulaire la condition matérielle indispensable ?

Dans une guerre qui, hélas ! n'est plus un épisode, mais un *état*, les services militaires du temps de paix ne méritent pas plus au point de vue national que les services civils. Le grade moyen devrait être le même. et proportionnel à l'âge, *pour les médecins de complément et pour les médecins de l'active*. Un médecin *un vrai*, de 40 ans, ne devrait pas avoir moins de 3 galons. Nos confrères de la carrière en ont 4 ! !

Même pour le grade d'aide-major de 1re classe, comment trouver juste que les médecins pour lesquels je plaide, n'acquièrent leur 2e galon qu'après plus de 2 ans de front, de multiples dangers et des sacrifices prolongés, alors que leurs contemporains l'ont autrefois obtenu après un an de caserne et deux périodes de 28 jours ? Il ne faut pas comparer les « années de grade » d'avant-guerre, aux *services effectifs* pendant la guerre.

On doit aussi faire entrer en ligne de compte, le *préjudice moral* causé auprès de la clientèle par l'infériorité du grade. Le docteur Untel, déjà grisonnant, n'a qu'un galon comme le fils Chose, étudiant en médecine. Ce sont là les commentaires de la permission (1).

L'humilité est un vertu héroïque. Mais dans une guerre de durée indéfinie, la pratique en devient surhumaine. Dr B.

(1) Et les meilleures pièces du procès que nous faisons aux galons, tels que les règlements actuels, les échelonnent ou les dispensent. (N. D. L. D).

L'affectation des vieux médecins R. A. T. à l'intérieur.

Permettez-moi d'apporter ma modeste expérience dans la question des médecins du front et de l'intérieur.

Au début de la guerre j'avais 48 ans ; médecin conscient, je me suis donné immédiatement à la Sainte Cause et ai demandé à faire partie d'une ambulance qui rejoignait Verdun en août 1914.

Pendant plus de 39 mois, j'ai donné au front le maximum de l'effort ; j'étais depuis plusieurs mois médecin-chef d'une ambulance divisionnaire lorsque j'ai été touché par la D. M. du 24 janvier 1918 et relevé automatiquement, en pleine activité de ma formation sur le front franco-belge.

Arrivé à ma région d'origine, je me suis vu, non pas affecter, comme les circulaires l'indiquent, à l'hôpital le plus près de ma résidence civile (classe 85), mais à 60 kilomètres de chez moi et dans un hôpital où il n'y a *aucun blessé.*

Je me morfonds de cette inactivité absolue lorsque je pourrais rendre tellement de services dans ma commune. Que faire ?

Il est vrai que l'hôpital le plus voisin de mon habitation est détenu depuis longtemps par un parent d'homme politique, médecin plus jeune que moi, etc.

Notre cher *Concours* ne pourrait-il pas empêcher de telles inégalités ? Cela serait pour tous les consciencieux un encouragement.

Dr J. H. G.
méd. major (cl. 85.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

21376. — M. Pressemane, député, demande à M. le Ministre de la guerre : 1o si un mutilé a le droit de refuser un traitement ou une opération, et dans quel cas ; 2o à quoi l'expose le refus ; 3o s'il est exact qu'il existe des hôpitaux dits de répression et quel est le régime imposé, dans ces formations, aux blessés et malades. (*Question du* 25 *mars* 1918.)

Réponse. — 1o et 2o. Tout malade ou blessé a toujours le droit de refuser une intervention sanglante ; mais l'exercice de ce droit formel de refus, qui est constaté par procès-verbal, peut exposer le blessé à une réduction de l'indemnité ultérieure équivalente à la capacité de travail que cette intervention aurait pu lui rendre. Il ne peut refuser une méthode simple et non sanglante de traitement sans s'exposer à être assimilé à un simulateur et à encourir de ce fait les peines disciplinaires prévues dans le service intérieur des corps de troupe. Il court, en outre, le risque de voir, par la suite, réduire proportionnellement le taux de son indemnisation ; 3o réponse négative.

J. O., 28 avril 1918.

21495. — M. Talon, député, demande à M. le Ministre de l'instruction publique de dire pourquoi les étudiants de la classe 1918, en ce moment sous les drapeaux, ne sont pas autorisés, comme les étudiants des classes antérieures, à prendre des inscriptions et à poursuivre leur scolarité, dans la mesure où le leur permettent leurs obligations militaires, et lui demande s'il ne serait pas possible, ainsi que cela paraît équitable, de comprendre les jeunes gens de cette dernière classe dans les instructions données sur la scolarité par le *Journal officiel* du 26 mars. (*Question du* 30 *mars* 1918.)

Réponse. — Les étudiants sous les drapeaux des classes antérieures à la classe 1917 ont achevé leurs trois années de service militaire normal, ceux de 1913, par exemple, depuis le mois d'octobre 1914. Tous ces étudiants ont subi un retard considérable dans leurs études, que la durée de la guerre aggrave d'année en année, d'autant plus qu'ils ont été incorporés soit au commencement, soit au milieu d'une année scolaire. Les étudiants de la classe 1917 seront dans la même situation au mois de janvier 1919. Au contraire, les étudiants de la classe 1918 n'ont commencé leur service militaire normal qu'en avril 1917. Ils ont pu, malgré leur incorporation, et à la différence des étudiants des classes antérieures, terminer l'année scolaire 1916-1917 et passer les examens de fin d'année. Ils n'ont subi aucun tort, aucun retard pour l'achèvement de leurs études. Les étudiants de la classe 1919 vont se trouver dans les mêmes conditions. Il résultait de là une inégalité douloureuse entre les classes anciennes passées dans la réserve et les nouvelles classes, inégalité qui a soulevé de très ardentes et très légitimes protestations. Au point de vue des études médicales en particulier, cette inégalité risquait de causer un tort irréparable à ceux qui, depuis trois, quatre et même cinq ans, sont aux armées. C'est, d'ailleurs, pour cette raison que M. le Ministre de la guerre a donné son assentiment aux mesures prises en faveur des étudiants des classes antérieures à la classe 1918, en précisant nettement qu'elles ne s'appliqueraient qu'aux étudiants qui rempliraient les conditions de temps de service pour passer dans la réserve de l'armée active.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte antituberculeuse en France et les Syndicats médicaux (1).

Pour nous, médecins, il est inutile de faire des développements littéraires sur le péril tuberculeux. Nous le connaissons et nous pouvons laisser aux néophytes du parlement et aux dames charitables le soin de s'étonner, et même, de nous faire ensuite la leçon.

Il semble, d'ailleurs, que la joie soit piquante de nous enseigner et, tout récemment, au Sénat, du haut de la Tribune, nous avons reçu une leçon peu discrète du grand chef de l'organisation antituberculeuse administrative. On pourrait croire que si la lutte n'est pas mieux engagée, cela tient, pour une part assez large, à l'indifférence ou à l'hostilité des médecins devant le péril.

Comme cette attitude paraîtrait inexplicable, on veut bien l'attribuer à l'ignorance. La tuberculose est, en effet, une maladie très nouvelle, dont le danger est si difficile à voir qu'il faut au moins, pour s'en rendre compte, les lunettes spécialisées d'un sénateur. C'était, il est vrai, une séance de gala, pour rassurer des amis Américains, et chacun s'affirma excellent dans l'art de se congratuler. La tuberculose n'a qu'à se bien tenir, et nul ne doute que M. Chéron ne l'atteigne un jour ou l'autre. C'était si beau, si bien, qu'un sénateur, le promoteur de la séance, devant les résultats si remarquables de son intervention, demanda à recommencer, sous la forme d'une interpellation, sur la lutte antisyphilitique. Le pays, dit-il, en substance, verra qu'au Sénat, on sait pousser à fond les discussions.

C'était comme une page d'un budget de l'Etat. Les chiffres s'alignaient, les millions s'ajoutaient aux millions. On équilibrait les dépenses avec le matériel acquis, et l'argent de l'Etat étant régulièrement dépensé, on se félicitait qu'il le fût bien. La majorité aurait volontiers ajouté quelques millions nouveaux; cela aurait aussi ajouté aux statistiques des lits, des hôpitaux ; au budget, des pages nouvelles. Bonnes dispositions, mais encore convient-il de traiter le sujet lui-même, c'est-à-dire de connaître les résultats. Pour cela, les chiffres budgétaires sont peu expressifs ; il faut la critique des faits ; il faut, en quelque sorte, démonter la machine, en visiter les rouages, voir comment elle fonctionne et quel est son rendement. Le fait que, depuis la guerre, l'Administration française brasse des millions ne signifie pas absolument que ses manières anciennes ont changé.

L'Assemblée de l'Union voudra, je crois, autre chose que les congratulations du Sénat pour s'assurer de la perfection du mécanisme imaginé par l'Administration, pour lutter contre la tuberculose.

Et peut-être même, serait-il bon de rappeler, sans insister d'ailleurs, que les œuvres antituberculeuses ont eu comme initiateurs et ont comme pivots des médecins... et même, qu'un jour, les Syndicats durent lutter contre un favoritisme très curieux, en vertu duquel un homme politique appelé Chéron prétendait que l'une de ses créatures devait acquérir le diplôme de médecin, sans faire d'études.

Le Corps médical français est au-dessus de certaines « indignations » et il a le mérite, assez rare, d'avoir lui-même, par ses Syndicats, sollicité une meilleure organisation de l'enseignement médical. Nos Syndicats n'ont pas craint de combattre, pour une réforme de l'enseignement, dans le but d'adapter aux incessants progrès, des méthodes nouvelles. Ce jour-là, les médecins ont vu se dresser contre eux la fine fleur de la bureaucratie qui a demandé aide aux arguments « intellectuels » des gardes municipaux. Non, ce n'est pas l'ignorance des médecins qui est responsable des maigres résultats obtenus dans la voie antituberculeuse. Nous le verrons au fur et à mesure de cette étude. Il est exact pourtant que le corps médical n'a pas joué, jusqu'ici, le rôle qu'il aurait dû jouer en pareille matière. Il est exact que les techniciens groupés n'ont pas pris part, avec méthode, à une lutte organisée sans eux et même en dehors d'eux. Et il se pourrait que ce soit précisément l'éloignement dans lequel ils ont été tenus qui a longtemps dirigé la lutte antituberculeuse dans

(1) Cet article est un rapport destiné à l'Union des Syndicats médicaux de France dû à la plume du Dr R. L. qui, tant au point de vue syndicaliste, qu'au point de vue technique, est de ceux de nos confrères les plus compétents pour traiter pareille question.

la voie administrative, bureaucratique, alors qu'elle aurait du être dirigée, par les médecins, dans la voie technique.

Car le Corps médical, le Corps médical qui a son expression dans les Syndicats, n'a jamais été consulté. Et s'il a donné un avis qu'on ne lui demandait pas, cet avis a généralement été un avertissement aux pouvoirs publics qu'ils s'engageaient dans une direction fausse. On a immédiatement pensé, dans les milieux administratifs, que nous défendions nos « intérêts », respectables évidemment.... Notre attitude parut peut-être incompréhensible, précisément parce que nous estimions que la lutte antituberculeuse ne devait pas être vue sous l'angle étroit de nos intérêts professionnels.

Le Syndicalisme médical, par sa puissance et sa valeur technique, est autre chose qu'un organisme de défense professionnelle.

Il est une force technique, une structure nouvelle. Il possède une valeur sociale et il prend précisément appui dans cette notion que ses intérêts techniques ne doivent jamais être dissociés des intérêts publics. Il est vrai cependant qu'absorbé par tant de sujets et bataillant au jour le jour, à chaque pas arrêté pour consolider ses conquêtes contre le retour offensif des Administrations, et de certaines puissances d'argent, le Syndicalisme médical, n'avait pas, avant la guerre, entamé à fond, le gros problème de la lutte antituberculeuse. Le Corps médical, l'Union des Syndicats médicaux n'avaient qu'esquissé leurs idées ; et, c'est à travers des détails que l'on peut juger de l'ensemble. Ce problème fut abordé dans quelques-unes de ses données seulement. On combattit contre la déclaration, point essentiel des efforts administratifs, et c'est à son propos que les médecins se placèrent sur le terrain social : lutte contre le taudis, action réelle pour permettre aux tuberculeux de se soigner, étude des conditions sociales qui, pour une large part, entretiennent la tuberculose.

Et l'on put croire à ce paradoxe : l'Administration se réfugiant derrière des données *techniques* qu'elle ne comprenait pas, et criant sur l'ignorance médicale en matière de prophylaxie et d'hygiène ; les médecins examinant le problème en praticiens sachant la vie et les conditions sociales qui créent la contagion et entretiennent la maladie.

Nous avons vu ainsi certains industriels masquer du nom d'hygiène des produits indéfendables au nom de celle-ci ! Conception d'administrateurs, conception de fonctionnaires d'un côté, et, de l'autre, conception de techniciens.

Aujourd'hui, la guerre donne au problème plus d'importance encore ; le moment est venu, pour nous, de l'examiner dans son ensemble et d'en préciser les données.

***

Ire PARTIE

Avant la guerre.

Orientation administrative de la lutte antituberculeuse : désinfection.

Le problème de la tuberculose avait, avant la guerre, été abordé par l'Administration ; mais, en fait de décision, on ne connaissait qu'un moyen : la désinfection.

La chasse aux microbes avait donc été organisée comme la chasse aux vagabonds, et la lutte antituberculeuse était conçue sous forme de police sanitaire. L'acte auquel on voulait aboutir, c'était la désinfection, quelque chose comme une guillotine ; ainsi finissait le drame auquel on nous invitait, nous médecins, à participer. Notre rôle était celui d'indicateur et nous devions déclarer les cas de tuberculose.

C'est autour de cette déclaration obligatoire que la discussion a porté avant la guerre. Et même, aujourd'hui encore, la déclaration devrait nous être imposée par la loi (dernier discours L. Bourgeois et projet de vœu A. Rendu, au Conseil général de la Seine.)

C'est sous l'aspect de la déclaration que M. Reinach, au nom de la Commission parlementaire de la tuberculose, présenta, à l'Académie de médecine, la lutte antituberculeuse.

En somme, le problème n'avait pas été nettement posé et il n'avait été abordé que sous la forme de l'extension à la tuberculose, de la déclaration obligatoire prescrite par la loi de 1902.

L'arme administrative était donc cette loi. C'était en vertu de cette loi qu'on arrêtait, qu'on brûlait les microbes. Loi, police, contrainte et réglementation, telle était la structure de l'organisme que l'on disposait pour la lutte antituberculeuse.

Cependant, ce système pouvait se juger à ses résultats : ils étaient nuls.

***

La loi de 1902 est détournée vers la seule désinfection, négligeant le taudis.

Cette loi de 1902 était, d'ailleurs, la seule qui fut en question en la matière. L'hygiène n'avait

Demandes et Offres (*Suite*)

Nº 52. — Docteur réformé nº 1, spécialiste en électro-radiologie depuis plusieurs années accepterait situation avec traitement 12.000 frs minimum dans grande clinique ou établissement de ville d'eaux.

Petite correspondance

Le *Sou Médical* prie celui de ses adhérents qui lui a demandé si les reçus d'honoraires médicaux étaient assujettis à la nouvelle taxe de 20 centimes par cent francs, de l'excuser s'il ne lui a pas adressé de réponse.

La lettre de cet adhérent, ainsi que la consultation de M. Gatineau qui l'accompagnait, ont en effet été égarées par la poste, de sorte que le *Sou* ignore actuellement le nom de son correspondant.

La réponse de M. Gatineau était que les quittances d'honoraires médicaux sont bien, en effet, depuis le 2 avril 1918, soumises à la taxe de 20 centimes par cent francs.

Dr C. à *Concours*. — Vieil abonné du *Concours Médical* je me permets de vous demander un renseignement :

Dans ma déclaration pour l'impôt général sur le revenu, j'avais inscrit à l'article revenu professionnel mon modeste traitement d'aide-major de 2e classe, dont j'avais défalqué mes frais de *logement* et de *pension*.

(Je suis mobilisé, pour le moment, à l'intérieur, classe 1892).

Le Contrôleur des Contributions me réclame ma solde complète.

Qu'en pensez-vous ?

Comme le délai de réponse est fixé à 15 jours, je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'éclairer le plus tôt qu'il vous sera possible.

Je ne fais, bien entendu aucune clientèle civile, étant mobilisé comme médecin-chef de place et de l'hôpital.

Réponse. — Les frais de nourriture et de logement ne peuvent jamais, en effet, être déduits des revenus touchés, quels qu'ils soient, dans la déclaration d'impôt sur le revenu. On ne peut déduire que les frais faits spécialement pour l'impôt sur les traitements publics et privés.

Nous ne pouvons donc que vous conseiller de vous incliner devant l'observation qui vous est faite par le contrôleur.

pas beaucoup de succès en France et au Parlement. Et encore, convient-il de dire que la loi de 1902 ne fut pas appliquée dans son entier. Seule, la partie concernant la désinfection fut mise en œuvre, et l'Administration *considéra comme lettre morte tout ce qui, dans la loi de* 1902, *pouvait contribuer à détruire les taudis.* On ne voulait pas s'engager dans une voie qui pouvait gêner des intérêts particuliers, des intérêts matériels palpables.

Avant la guerre, aucune loi ne fut votée, qui pût être, de façon précise, dirigée contre la tuberculose. On utilisa la loi de 1902. Au point de vue prophylactique, Gilbert Laurent et Doisy proposèrent, en 1910, une loi sur l'Inspection médicale des écoles qui ne fut pas votée. La Chambre, sur la proposition Doisy, fit pression sur l'Administration pour qu'elle assainisse, à chaque changement d'occupants, les locaux qu'elle met à la disposition de ses employés C'est tout, et tout cela se borne, il faut y insister, à la *prophylaxie.*

On dirait que le législateur, inspiré par l'exemple de l'Administration, ne veut pas aborder la question sous son aspect réel.

Il faut attendre 1915 pour que soit votée la loi sur l'expropriation pour cause d'insalubrité, dont le texte avait été déposé en 1904 ; et c'est en 1916 que fut votée la loi sur les dispensaires. Donc, avant la guerre, aucune mesure législative ne permettait la lutte antituberculeuse, du moins de façon précise, et la partie du seul texte qui pouvait permettre de s'orienter vers la destruction des taudis *n'était pas appliquée.* Pas d'effort législatif direct, pas de programme, pas de plan ; quelques projets au hasard des bonnes volontés de quelques hommes.

La tuberculose restait en dehors de la liste des maladies à déclarer, et eût-elle été sur cette liste, que le problème n'aurait pas été pour cela résolu.

***

Traduction de cette conception dans les faits : Résultats nuls et aucun armement sérieux contre la tuberculose.

En réalité, il y eut des cas de tuberculose, déclarés par quelques médecins, bien qu'aucune obligation légale ne soit intervenue. Nous pouvons donc savoir exactement ce que la déclaration donnait.

Elle aboutissait régulièrement à déclancher la *désinfection*, c'est-à-dire qu'elle contribuait à faire accomplir le geste dont le résultat était à peu près nul, la maladie étant longue et la désinfection des locaux par le formol ne pouvant manifestement pas atteindre la source de la contagion, c'est-à-dire le tuberculeux lui-même.

D'ailleurs, l'Administration, en dehors de ce geste inefficace, se préoccupait fort peu de combattre la contagion dans les faits. Dans la très grande majorité des hôpitaux, les tuberculeux n'étaient pas isolés des autres malades. C'est à peine si dans quelques-uns, ils occupaient des salles séparées. Quant au Quartier du tuberculeux, il n'existait pas.

Dans les hôpitaux de Paris, on nomma, en 1906, une Commission pour examiner ce problème et ce n'est que beaucoup plus tard, en 1910 ou 12 que l'on créa, dans certains hôpitaux, en particulier à Laënnec, des Quartiers, des services entiers consacrés aux tuberculeux.

A ce moment-là, aussi bien dans l'Administration qu'au Parlement que dans le Public, la conception de la prophylaxie était la désinfection et encore, sous ce titre, faut-il entendre la désinfection des locaux.

La question *soins* apparaissait sous la forme « *médicamenteuse* ». On parlait de la tuberculose comme d'une chose fatale et l'on donnait au tuberculeux un lit d'hôpital, (quand cela était possible) et on lui ouvrait la porte des consultations. Peu de sanatoria, peu de dispensaires ; et encore, faut-il entendre par ce terme, de simples consultations auxquelles manquaient des moyens d'action. Sortant de la salle de visite, le tuberculeux revenait à son taudis sans lumière et reprenait sa place à l'atelier, dans la mesure où il pouvait user de ses forces.

Les statistiques n'ajoutent rien à ces faits.

***

Dans son rapport si documenté, présenté à la Chambre des Députés à propos de la loi sur les dispensaires antituberculeux, M. Honnorat dit qu'avant la guerre, il existait, pour toute la France, 46 dispensaires antituberculeux, dont 30 pour la Seine, le reste réparti dans 15 départements. « En ajoutant à ce nombre les dispensaires créés pour l'application de la loi de 1893 sur l'Assistance Médicale, la situation, dit M. Honnorat, ne serait pas plus brillante » — et il conclut, résumant l'inventaire de l'armement antituberculeux, à la veille de la guerre :

« 12 sanatoria avec 1162 lits et 46 dispensaires répartis dans 15 départements, voilà donc à quoi se réduit, à cette heure, notre armement antituberculeux. »

Le bilan est, en effet, modeste. Il n'y avait donc pas d'efforts, ni de programme d'ensemble, ni de lois exprimant ce programme ; et c'est avec des armes banales que l'on voulait administrativement combattre la tuberculose. On essaya d'attaquer, non de front, mais de biais ; et les lois antérieures à la loi sur les dispensaires antituberculeux ne touchèrent qu'à l'un des côtés du problème. (Loi de l'hygiène des écoles, etc.). Les réalisations suivaient de même et l'on ne pouvait pas résoudre un problème que l'on ne se décidait pas à aborder de front ; le désordre cachait souvent le but.

***

On étudie et on change d'orientation : le Plan nouveau.

Il apparut aux Pouvoirs Publics que la question méritait « étude » et, en 1902, fut nommée par Waldeck-Rousseau, une Commission de la Tuberculose. Brouardel en fut le rapporteur. Il proposa la création de sanatoria populaires, de dispensaires et, pour couvrir les frais de tout cet organisme de combat, il proposa la création de l'assurance mutuelle contre la maladie.

Plus tard, après le vote de la loi de 1902, fut instituée, au Ministère de l'Intérieur (11 juillet 1903), la Commission permanente de la Tuberculose que préside encore M. Léon Bourgeois.

D'autre part, en 1896, fut nommée une Commission à l'effet d'étudier les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux de Paris. Le rapport de Grancher et Thoinot demandait des quartiers spéciaux dans les hôpitaux de Paris et des sanatoria.

La question commençait donc à s'éclairer ; la méthode s'esquissait. Dix ans s'écoulèrent, et, en 1906, M. Léon Bourgeois précisa « *qu'il n'y aurait pas de solution définitive du problème de l'isolement si elle ne faisait pas partie d'un projet d'ensemble, d'un plan méthodique et réfléchi d'organisation de la lutte médicale et sociale contre la tuberculose.* »

Ce plan consistait dans une organisation de soins aux tuberculeux, adaptés à la catégorie de ceux-ci, suivant le degré du mal.

« Le traitement de la tuberculose, dit ce document, doit être :

1° « Ou assuré, au dehors, chez le malade lui-même et dans sa famille — lorsqu'il n'en résultera aucun danger pour celle-ci ou pour lui-même — grâce à un système de consultations externes, de secours en nature ou en argent, de conseils et de prescriptions d'hygiène, constituant, en somme, le type de la cure de dispensaire ;

2° « Ou assuré dans un quartier d'hôpital, dans Paris même, lorsque des raisons d'ordre médical exigent l'hospitalisation, n'exigeant pas, ou ne permettant pas le transfert hors de Paris ; ou lorsque des raisons sociales interdisent la séparation de la famille et rendraient trop pénible un trop grand éloignement.

Les hôpitaux où les quartiers spéciaux destinés à cette catégorie de malades doivent être organisés, non comme des établissements généraux, mais dans des conditions particulières d'aération, d'orientation et d'outillage hospitalier exigées pour un traitement véritable de la tuberculose.

3° « Ou, enfin, assuré dans des hôpitaux ou dans des quartiers spéciaux, hors Paris, toutes les fois que les conditions des deux cas précédents ne se présentent pas, c'est-à-dire, toutes les fois, notamment, qu'il s'agira d'un séjour possible d'une assez longue durée pour lequel les influences atmosphériques et climatériques ont naturellement le plus d'effet. Les hôpitaux ou quartiers généraux spéciaux doivent être situés, orientés, outillés, bien entendu, en vue de la véritable cure. »

« Et, *ajoute le rapporteur, dans la dernière de ses conclusions.* Pour que chaque malade ou chaque groupe de malades trouve dans cette organisation hospitalière *tripartite* la place qui lui convient réellement, il faut que ces trois moyens d'action de l'Assistance soient reliés les uns aux autres par une pensée et une direction communes. Il faut que le tuberculeux puisse, suivant les changements de son état, être, soit dirigé et suivi par le service de la consultation et du dispensaire, soit placé immédiatement, dans une salle de l'hôpital d'où dépendra le dispensaire, soit désigné pour un transfert dans un hôpital extra-urbain. Il est possible, il est probable que plus d'un de nos malades pourra passer successivement par chacune de ces trois sélections. »

***

Sur le terrain de la médecine sociale.

Le plan est, cette fois, net. Il repose, comme pivot, sur le dispensaire antituberculeux qui, d'une part surveille et continue les soins — sur ce point, nous préciserons son rôle — et qui, d'autre part, dirige les malades, les prend en main, les suit, opère le triage à l'entrée des hôpitaux urbains et des sanatoria.

Ce plan modifie l'axe de la lutte antituberculeuse officielle. De prophylactique simplement, celui-ci s'engage sur le terrain de la médecine sociale. On se préserve de la contagion tuberculeuse en soignant, en guérissant le tuberculeux,

en l'éduquant quand il n'est pas possible d'espérer plus et, dans ce cas, en l'assistant de telle sorte qu'il *puisse effectivement* mettre en œuvre les moyens d'éviter la contagion.

Dans tout cela, la désinfection n'apparaît plus que dans une place très modeste ; elle quitte, en tout cas, le premier plan ; elle n'est qu'un moyen que le dispensaire pourra mettre en œuvre, à son heure, s'il lui apparaît nécessaire. L'organe essentiel, c'est le dispensaire antituberculeux.

Ce programme nouveau dont le but est de lutter contre la tuberculose des classes pauvres n'est réalisable, évidemment, qu'en engageant d'énormes capitaux ; on s'attaque à la misère par l'Assistance et on crée des hôpitaux, des sanatoria. Aussi, pour l'appliquer, ne peut-on s'adresser qu'à l'Assistance Publique et ce sera une sorte d'essai sur lequel on pourra s'appuyer plus tard pour engager l'Etat dans la même voie. Aussi, en application première du plan élaboré par la commission de la tuberculose, l'Assistance Publique de Paris a-t-elle organisé le dispensaire antituberculeux à l'hôpital Laënnec auquel sont rattachés l'établissement de Brévannes et le sanatorium d'Angicourt et les quartiers spéciaux de l'hôpital Laënnec. A ce dispensaire ainsi constitué, une circonscription est tracée qui comprend 6 arrondissements.

Le rôle du dispensaire est donc essentiel. Il faut que nous examinions, avec un peu plus de détails, le dispensaire lui-même.

(*A suivre.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Nouveau jugement du tribunal de la Seine admettant le cumul dans le calcul des Honoraires selon le tarif Dubief.

4e CHAMBRE, 3e SECTION

Audience du 16 *mars* 1918

(Dr F... c. B...).

Le Tribunal ouï en leurs conclusions et plaidoiries Gatineau, avocat, assisté de Dubail, avoué du docteur F., Vie, avocat, assisté de Moreau, avoué de B. Le ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi jugeant en matière sommaire et en dernier ressort.

Attendu que le docteur F. a interjeté appel d'un jugement rendu le 28 juin 1916, par le Tribunal de paix du IIe arrondissement de Paris, lequel réduisant le montant de la note d'honoraires réclamée par l'appelant, a condamné B. à payer à ce dernier la somme de 44› f. 50 avec intérêts de droit.

Attendu que le taux de la demande excède la limite de la compétence du premier juge édictée par l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 ; que par suite, l'appel est recevable.

Attendu que le premier juge a retranché du montant de la demande de 610 f. 50, une somme de 133 frs conformément aux conclusions du rapport de l'expert commis ;

Attendu en effet, que l'expert tout en admettant comme légitimes toutes les interventions énumérées dans la note d'honoraires de l'appelant de la date de l'accident à la date de la consolidation de la blessure, retranche cependant du mémoire 27 visites à domicile avec massage du pied et de la jambe, du mois de mars au 16 avril 1915 ; que d'autre part, en ce qui concerne les consultations suivies de massages au domicile du médecin du 16 avril jusqu'à la consolidation, le docteur F. avait compte 60 visites conformement à l'article 10-B, n° 10, de l'arrêté ministériel du 30 novembre 1916, tandis que l'expert n'admettant le prix de la consultation en sus de deux correspondant à l'opération de massage proprement dit que pour 16 interventions, n'en a accordé que quarante, quatre à 4 frs et 16 à 6 frs ; que c'est à tort que le premier juge a entériné le rapport de l'expert, lequel a fait une application erronée de l'article 10 de l'arrêté ministériel sus-visé, qui dispose en termes très clairs et précis que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après : B Allocations correspondant au prix de deux visites ou consultations. N° 10 : Séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied par le médecin traitant.

Attendu dès lors que c'est à bon droit que le docteur F. a interjeté appel du jugement sus énoncé ;

Attendu toutefois que l'appelant reconnaît avoir porté à son mémoire 4 consultations massages et pansements postérieurs à la date de consolidation fixée au 15 septembre 1915 et en admet le retranchement, cette partie de sa note ne devant pas être supportée par le chef d'entreprise ; qu'il y a lieu en conséquence de fixer le montant de la note d'honoraires à la somme de 562 f. 50.

Par ces motifs

En la forme.— Reçoit le docteur F. appelant du jugement du 28 juin 1916.

Au fond.— Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé. Infirme le jugement entrepris, et statuant à nouveau.

Condamne B. à payer au docteur F. la somme de 562 f. 50 c. avec les intérêts de droit.

Ordonne la restitution de l'amende. Condamne Bourdon aux dépens.

***

Le Tribunal de la Seine, dans sa Chambre spécialement chargée des affaires d'accidents du travail, vient pour la 3e et même la 4e fois au moins, de maintenir sa jurisprudence en matière d'application du Tarif Dubief, malgré les efforts des assureurs.

En vain ceux-ci invoquent-ils le jugement du tribunal civil de Lyon du 19 mars 1913 (Rev. Acc. du trav. 1913, 89) rendu dans le sens de leur prétention, jugement d'ailleurs soumis à l'heure actuelle à la Chambre civile de la Cour de Cassation, à la suite de l'admission du pourvoi formé par le Dr G..., avec le concours du « Sou médical » (Req. 27 mai 1914). L'autorité de cette décision, en attendant celle de la Cour Suprême, était singulièrement atténuée par cette circonstance que le tribunal de Lyon avait jugé exactement le contraire, en admettant le Cumul, le 8 avril 1908 (*Concours médical*, 21 juin 1908, n° 23, p. 455).

De même le tribunal de paix du XIe arrondissement de Paris dont la décision du 28 juin 1916 vient d'être infirmée par le jugement que nous relatons ci-dessus, s'était mis en contradiction avec lui-même, puisque le 23 février 1916, du même tribunal émanait un jugement admettant le cumul.

Vainement certains agents d'assurances affirment, dit-on, que la question a été tranchée dans le sens favorable aux prétentions des compagnies par la Cour de Cassation. S'il est exact que cette affirmation soit produite, c'est un mensonge impudent. La Cour de Cassation a eu l'occasion de trancher la question, une fois seulement, mais elle n'en a pas usé. Le Dr de F... de B..., avec l'appui du « Sou médical » *avait formé un pourvoi contre un jugement* du tribunal de paix de St-Denis qui repoussait le cumul. La Cour de Cassation n'a pas admis le pourvoi parce qu'il s'agissait d'une note d'honoraires inférieurs à 300 frs, que le tribunal avait statué en dernier ressort, et que comme c'était avant la loi du 22 décembre 1915, qui a autorisé le pourvoi en cassation pour violation de la loi contre les jugements rendus par les tribunaux de paix en dernier ressort, le pourvoi du Dr de F... de B... était irrecevable. La Cour de Cassation n'a pas cette fois abordé le fond. Elle aura à trancher la question pour la première fois dans l affaire rappelée plus haut.

Le tribunal de la Seine, lui, n'a jamais varié dans sa jurisprudence. Il n'a cessé *d'infirmer* tous les jugements des tribunaux de paix de son ressort qui refusaient, malgré les termes formels des art. 10 et suivants du Tarif, de rémunérer les opérations de petite chirurgie en ajoutant, pour chaque intervention, le prix d'une, deux ou plusieurs visites ou consultations, à celui de la visite ou de la consultation dans laquelle l'intervention a été pratiquée. Ce fut : 1° Sous la présidence de M. Duchauffour, un premier jugement du 23 juin 1908 (Dr Laisne, C. Brachard et fils Dalloz. 1909 5. 29) 2° Sous la présidence du même magistrat le 15 février 1909 (aff. Diverneresse C. Mohr.) *Concours médical* 1909, n° 33, p. 633. Ces deux jugements, infirmant des décisions des tribunaux de paix de Paris, furent rendus après discussion complète de la question juridique et constituent des décisions solidement motivées. Depuis, toutes les chambres du tribunal ayant eu à juger des affaires d'accidents du travail, appliquèrent, sans discussian, cette jurisprudence bien acquise et notamment une section supplémentaire de la 4e chambre, le 11 janvier 1915 (affaire Benoit C. Verrerie des Gondoles) Cette fois encore, sous la nouvelle présidence de M. Laritz, qui a succédé dans ses fonctions au regretté M. Duchauffour, le tribunal a maintenu, par une infirmation formelle, des principes pour lesquels il n'a jamais varié.

Le jugement attaqué s'appuyait sur un rapport de l'expert, Dr Henri Sicard qui, tout en reconnaisant qu'en l'espèce le nombre des massages réclamés par le médecin était parfaitement justifié, déclarait se ranger à l'opinion formulée dans les décisions de jurisprudence qui prétendaient que le médecin n'avait pas à faire œuvre médicale et intellectuelle avant de procéder à chaque massage ou électrisation, qu'il n'avait qu'à continuer automatiquement le massage ou l'application d'électricité par lui décidée dans un examen qui ne devait être effectué que « toutes les trois ou quatre séances (sic) et que par suite on ne devait accorder au médecin une visite ou consultation en sus, que toutes les 3 ou 4 interventions ».

Ainsi, cet honorable expert continuait, malgré les décisions antérieures et formelles du tribunal civil de la Seine dont dépendent les tribunaux de paix appelés à statuer sur cette question et qui le chargeaient de donner son avis, à fournir l'appui de son autorité à une théorie aussi étrangère à la pensée et au but d'un Tarif légal qu'à une saine compréhension du rôle du médecin. Le juge de paix du XIe arrondissement, malgré la jurisprudence contraire de son propre tribunal, s'est laissé entraîner à suivre son expert médecin dans une voie déjà condamnée par la juridiction supérieure.

Va-t-on maintenant, dans le ressort du département de la Seine, parmi les experts et les juges de paix, ou du moins chez certains d'entre eux, feindre d'ignorer la jurisprudence du tribunal civil de la Seine ? Ce scandale va t-il bientôt cesser ?

S'il continnait, nous serions enclins à penser que les dissidents veulent servir quand même les intérêts des assureurs, en forçant les médecins à faire les frais d'un appel, ce qui est toujours une cause de perte de temps et de dépense, même en cas d'infirmation du jugement et de condamnation du patron (c'est-à-dire de l'assureur) aux dépens, ne fut-ce que pour les honoraires des avocats et des avoués. Certains d'avance que les décisions rendues seront infirmées, ne pourraient-ils pas être soupçonnés d'obéir au mot d'ordre du sénateur Petitjean, avocat politique des assureurs, formulé dans les termes si souvent rappelés dans le *Concours*. « Décourager les médecins non affiliés aux compagnies « de soigner les blessés du travail en les obligeant à manger en frais de justice le montant « de leurs notes d'honoraires ».

S'il en était ainsi, le « Sou médical » et les associations des médecins du département de la Seine se verraient obligés de demander aux pouvoirs publics d'intervenir pour que, par le mépris systématique d'une décision de principe de la juridiction supérieure, la bonne organisation de la justice ne continue pas à être ainsi sacrifiée à l'intérêt d'une catégorie de plaideurs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON

THIRON et FRANJOU Sucrs

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 12 — 15 JUIN 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année — N° 12 — 15 Juin 1918

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
A propos de notre correspondance 531

Partie Scientifique.

Clinique des maladies des voies urinaires.
Trois opérations génito-urinaires 532

Revue des Sociétés Savantes.
L'élimination de l'alcool du liquide céphalo-rachidien. — Numération des gonocoques au cours de la blennorrhagie urétrale aiguë. — Syndrome thalamique consécutif à une blessure de guerre etc. 538

Maladies tropicales.
Diagnostic du paludisme : un signe pathognomonique 541

Urologie.
Relation entre la tension superficielle des urines et leur toxicité 542

Thérapeutique appliquée.
Un hypnagogue récent : le Dial 546

Bibliographie 546

Notes de pratique quotidienne.
Rhumatisme articulaire 549

Correspondance.

Médecine civile et médecine militaire. — La mise horscadre des vieux médecins R. A. T. — A quel âge un médecin R. A. T. est-il vieux ? — Les places du littoral méditerranéen et l'indemnité de cherté de vie. — Les médecins mobilisés et leurs fils mobilisés. — Le problème des affectations selon l'âge. — Les médecins Coloniaux de carrière . . 550

Partie Médico-Militaire.

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Les mécontents ont-ils toujours tort ? — L'historique du Service de santé et l'assimilation. — Les tuberculeux à l'armée. — Les toubibs bouches-trous et les as blancs becs. 557

Visions de guerre.
Croquis de Roumanie : Les automobiles sanitaires. — Musique 564

Documents officiels.
A l'officiel. — Questions et Réponses militaires — et les C. M. n° 6070 sur le port de l'uniforme 568

Partie Professionnelle.

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte antituberculeuse en France. Syndicats médicaux 568

Chronique des accidents du travail.
La progression géométrique des incapacités permanentes 572

Sou médical.
Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration 572

Assistance médicale gratuite.
Le relèvement du tarif de l'A. M. G. en Seine-et-Marne 573

Automobilisme médical.
La Voiturette du médecin après la guerre 574

PROPOS DU JOUR

A propos de notre correspondance.

Nous avons toujours considéré comme un devoir de publier, à la demande de nos confrères ou quand les cas nous paraissaient intéressants, les lettres qui nous signalaient un abus, une injustice ou une erreur dont pouvaient souffrir les médecins mobilisés. Notre but n'a jamais été de prêcher l'indiscipline, ce serait un *crime* à l'heure actuelle, ni de demander pour le médecin une situation privilégiée, ce serait une *honte* que le corps médical ne voudrait pas supporter. Mais nous avons pensé et continuons de penser que le seul moyen d'éviter les fautes était de les signaler et non de les cacher, et que, pour maintenir le moral de nos confrères du front dont le courage et le dévouement ne sont pas discutables, il était nécessaire de les assurer que l'on ne se désintéressait pas de leur sort ni de leurs souffrances physiques ou morales, qu'en cas d'erreurs ou d'injustices, ils trouveraient en nous un appui. Fidèle à ce programme, qu'il juge compatible avec le patriotisme le plus ardent, le *Concours médical* s'est donc efforcé, dans la mesure du juste et du possible, de faire réparer les torts et de rendre service aux confrères mobilisés. L'unanimité de nos correspondants, et parmi eux un grand nombre de ceux qui ont fait leurs preuves, qui ont conquis la croix de guerre et le ruban rouge sur les champs de bataille de la Somme, de la Champagne ou de Verdun, ont hautement approuvé la ligne de conduite que nous avons fait suivre à notre journal. Forts de cette approbation, nous continuerons comme par le passé le métier ingrat de redresseurs de torts en y mettant la prudence, mais aussi l'énergie nécessaires, tout en plaçant bien au-dessus de nos intérêts privés et professionnels, l'*intérêt supérieur de la Patrie* auquel nous devons tout sacrifier.

Cependant quelques confrères, de la sincérité desquels nous ne voulons pas douter, faisant exception à la règle presque unanime, se sont plaints en des lettres que nous avons jusqu'alors publiées, des « pleurnicheries »

des médecins mobilisés; ils prétendent que le médecin au front est, de tous les officiers, le plus favorisé, et que les combattants supportent sans se plaindre bien d'autres injustices et bien d'autres souffrances. Ceci est à démontrer, et, en tous cas, l'argument n'a pour nous aucune valeur. Parmi les accusations que nos sévères correspondants reprochent à leurs confrères, est en première ligne « leur incessante demande de galons supplémentaires ». Tous nos lecteurs savent le cas que nous faisons du galon et des décorations; pour nous ils ne valent rien par eux-mêmes, mais seulement par les faits qui ont déterminé leur attribution. Autant une croix ou un galon, obtenus par l'intrigue, sont pour nous choses méprisables, autant ces insignes attribués à d'indiscutables dévouements et à des services réels sont respectables. Nous préférerions, et nos lecteurs s'en doutent, voir le corps médical en temps de guerre et de paix, organisé et récompensé d'une façon moins militaire, mais pour le moment, nous nous mettons en face des réalités.

Nous répétons et nous répéterons sans cesse que, si nous nous intéressons au troisième galon des vieux aide-majors, ce n'est nullement pour leur procurer la vanité d'être assimilés à des capitaines, encore moins pour leur donner la faculté de pouvoir, sottement, en cas de mauvaise humeur, brimer un médecin moins gradé et plus jeune. Mais nous savons qu'au galon s'ajoute un supplément de solde. Nous savons aussi qu'au bout de quatre ans de guerre, les économies d'une famille doivent être épuisées, surtout avec le coût actuel de la vie, et nous frémissons en pensant qu'il existe des familles de médecins qui n'ont pour toutes ressources que la délégation de solde d'un lieutenant. C'est pourquoi nous nous laisserons toujours émouvoir par les plaintes de nos confrères, et que les lettres enflammées de ceux qui les blâment et qui nous blâment, (fussent-ils des héros?) n'auront aucune action sur notre conduite.

La bravoure, le dévouement et le sacrifice ont toujours fait en France bon ménage avec l'Humanité, la Pitié et la Générosité. Laissons aux barbares d'Outre-Rhin le monopole de la Férocité dans le patriotisme.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker. — (Clinique Guyon).

Professeur F. Legueu.

Trois opérations génito-urinaires.

Messieurs, (1)

Je vous remercie, tout d'abord, d'avoir bien voulu répondre à mon invitation.

Vous êtes les représentants d'un pays auquel nous attachent depuis longtemps des liens d'une ardente sympathie.

Chaque année, un certain nombre de vos compatriotes viennent compléter ici leur instruction en Urologie et contribuent à maintenir entre nous un courant de collaboration scientifique et d'étroite amitié.

La guerre a rapproché encore nos deux nations latines; elle a suscité parmi vous d'admirables dévouements à notre cause et à nos blessés; vos chirurgiens se sont, comme votre Président, dépensés, sans compter, dans nos ambulances.

Et je voudrais que vous trouviez la marque de notre reconnaissance dans la cordialité avec laquelle je vous souhaite la bienvenue dans ma maison.

***

Je me propose d'exécuter devant vous quelques-unes des opérations que nous avons eu l'occasion de pratiquer le plus souvent : je vais faire une *néphrectomie lombaire* pour tuberculose, une *prostatectomie à l'anesthésie locale*, et une *urétrotomie interne*.

Ces opérations de pratique courante en Urologie et pour lesquelles une longue expérience a nécessairement amené entre mes mains quelques modifications de détail, vous seront, je l'espère, plus instructives que d'autres interventions plus rares et moins bien réglées.

1o *Néphrectomie pour tuberculose.* — La tuberculose rénale est extrêmement fréquente en nos

(1) Conférence-clinique faite en présence de la Mission médicale Uruguayenne, le 13 février 1918.

salles; nous avons, à chaque séance, plusieurs opérations de ce genre à pratiquer. Nous opérons toutes les tuberculoses unilatérales quelles que précoces qu'elles soient, et nous obtenons de cette opération des résultats immédiats et éloignés assez favorables pour nous donner pleine satisfaction et nous autoriser à continuer dans cette voie.

Je n'ai pas l'habitude d'attendre les résultats de l'examen bactériologique pour poser le diagnostic de tuberculose rénale; ce serait trop long, trop difficile et trop encombrant avec les inoculations dans un service aussi actif que le nôtre où passent 63.000 malades par an. Et nous nous contentons pour le diagnostic de la tuberculose rénale des symptômes vésicaux, des ulcérations vésicales constatées à la cystoscopie, et, quant à la localisation, nous l'obtenons par le cathétérisme de l'uretère et par la déformation des orifices urétéraux.

La différence de concentration des urines recueillies par le cathétérisme urétéral nous permet d'établir sans erreur possible que le rein dont la concentration est la plus basse est le siège de la tuberculose. Accessoirement, l'augmentation de volume, la douleur, localisées à un côté peuvent nous servir d'indications complémentaires.

Mais il est d'autres cas où il est impossible de faire le cathétérisme. L'état de la vessie, sa capacité insuffisante ne permettent pas de voir les orifices urétéraux. Nous devons alors nous passer du cathétérisme des uretères.

C'est le cas de cette malade, et le problème se présente chez elle avec la complexité maxima qu'il peut nous offrir.

Autrefois, nous essayions dans ces cas, de modifier la vessie par un traitement approprié, pour tenter plus tard un nouvel essai de cathétérisme de l'uretère. J'ai bien fait aussi le cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte.

Mais aujourd'hui, j'ai renoncé à tous ces moyens et je me base exclusivement sur les données de la *constante*, et c'est avec ces données que le problème est résolu de la façon suivante :

Étant donnée une cystite tuberculeuse, il y a nécessairement une tuberculose rénale pour la commander.

Il s'agit de savoir si la tuberculose est uni ou bilatérale, ou du moins, s'il y a bilatéralité de néphrite, auquel cas l'opération serait impossible.

C'est ici que la constante peut intervenir utilement.

Chez la malade que je vais opérer et dont la vessie intolérante ne permet pas le cathétérisme urétéral, l'azotémie est de 0,35 et la constante de 0,099. Cette malade est ainsi dans l'attitude d'un individu qui n'aurait qu'un rein, d'un opéré au lendemain d'une néphrectomie, avant que ne soit encore constituée l'hypertrophie compensatrice. La lésion est donc unilatérale.

La néphrectomie est possible et nous restons seulement en présence de la deuxième difficulté: quel est le rein qu'il faut aborder.

Il y a peu de douleurs du côté droit; le rein de ce côté présente un peu d'augmentation de volume et j'ai senti quelques bosselures qui ne me laissent aucun doute sur ses altérations.

En outre, le toucher vaginal me permet de sentir à droite un uretère sensible au toucher et provoquant un reflexe vésical de contractions. C'est donc de ce côté que je dois aller, et voici ce que je vais faire :

Le premier temps de l'opération sera l'exploration; il s'agit, en effet, de vérifier et de contrôler les données de la clinique, il s'agit de s'assurer si ce rein droit est bien le rein malade; au-delà, je me comporterai suivant les circonstances.

Pour l'opération, je reste fidèle à la néphrectomie lombaire qui est d'une facilité d'exécution supérieure à tous les procédés qui ont été proposés dans ces derniers temps.

La malade est couchée sur le côté gauche, sur ce « stabilisateur lombaire » qui la fixe en bonne attitude et l'empêche de se déplacer au cours de l'opération.

Je pratique sur le bord externe du carré lombaire une incision très courte; il y a intérêt à diminuer les dimensions de cette incision parce qu'il y a des nerfs qui seront coupés et dont la section donnera lieu à une zone d'anesthésie et de paralysie d'autant plus étendue que l'incision aura été plus longue. La paroi musculaire est incisée : voici d'abord le bord externe du carré lombaire, voici la graisse péri-rénale qui apparaît.

Le *second temps* commence. J'incise la graisse péri-rénale, je la saisis dans des pinces en cœur courbes spéciales ; j'aperçois le rein, je vais le chercher, je le décortique et je l'extériorise; il présente des altérations à sa partie supérieure, elles sont importantes et suffisantes pour légitimer toutes les données de la clinique et autoriser l'opération.

Le *troisième temps* consiste à sectionner l'uretère : je saisis dans cette pince courbe, dont la disposition facilitera plus tard beaucoup la ligature, je saisis le conduit assez loin du rein, je place plus haut une autre pince, quelconque celle-là, je coupe au thermo-cautère entre les deux pinces.

Dans le *quatrième temps*, je vais m'occuper du pédicule rénal; je le libère à la compresse, je le débarrasse de toute la graisse qui l'environne ; et sur ce pédicule ainsi libéré et réduit à ses seuls vaisseaux, je vais mettre une seule pince : la voici; elle m'est spéciale aussi, comme toute cette instrumentation de la néphrectomie; je vais la placer très solidement sur le pédicule. Je

préfère cette pince unique à toutes les ligatures isolées qui m'ont toujours donné des résultats défectueux et que j'ai dû abandonner peu à peu. Au-delà de la pince, je coupe aux ciseaux les vaisseaux, le rein tombe, il est enlevé.

Dans le *cinquième temps*, je fais la ligature massive du pédicule rénal avec un gros catgut, très solidement serré à deux ou trois reprises. Enfin, je mets une ligature sur l'uretère: la pince spéciale facilite cette ligature qui a été posée aussi profondément que possible.

Je ne fais jamais l'urétérectomie totale et je n'ai jamais eu à m'occuper de l'uretère après la néphrectomie. Il s'oblitère spontanément dans un délai de deux ou trois ans, et il est donc parfaitement inutile de pratiquer l'ablation ou même la cautérisation partielle.

Maintenant, je ferme la paroi musculaire, mais avant, je vais injecter dans la plaie 300 grammes de sérum glucosé.

Je ne fais presque jamais de drainage; il est inutile et présente des inconvénients, notamment celui d'amener l'infection dans la loge périrénale et d'entretenir une fistule.

Si j'injecte du sérum, c'est pour chasser l'air qui s'est engouffré d'autant plus facilement dans la loge lombaire, que la malade est couchée sur le flanc du côté opposé et que le poids des anses intestinales est entraîné de l'autre côté. Aussi, me paraît-il bon, pour chasser l'air, de remplir la cavité avec du sérum. C'est une injection toute faite pour l'après-midi du premier jour et qui va faciliter le travail complémentaire imposé au second rein.

De cette pratique, je n'ai jamais vu aucun inconvénient, mais beaucoup d'avantages.

Les suites de l'opération ainsi pratiquée seront comme celles de toute néphrectomie pour tuberculose, extrêmement simples. Il n'y aura pas de fistule, ou si celle-ci se produit, elle ne sera que superficielle. La malade aura 500 grammes d'urine le premier jour: en deux ou trois jours la quantité d'urine sera revenue à un taux normal, et dans trois semaines, la malade quittera notre service. Mais elle devra toujours être traitée pour sa vessie, qui ne rentrera que très lentement dans l'ordre. La néphrectomie est en effet la condition nécessaire mais non suffisante pour la guérison de la tuberculose urinaire.

* * *

II. — *Anesthésie locale de la prostatectomie.* — Je vais maintenant faire une prostatectomie à l'aide de l'anesthésie locale, selon la technique que j'ai inaugurée il y a quelques années.

Voici en quoi elle consiste:

Le malade qui vient à l'opération est un prostatique de 57 ans, en rétention incomplète et partielle; au toucher rectal on sent deux adénomes de moyen volume.

Il est 11 heures actuellement et le malade a reçu dans la vessie ce matin à 8 heures, 40 grammes d'une solution de novocaïne à 1 p. 200. Cette solution, la même qui va me servir pour toute l'opération, reçoit 5 gouttes d'adrénaline au 1 p. 1.000 par 100 grammes de solution.

Les 40 grammes injectés tout d'abord dans la vessie ont été remplacés à 10 heures par 40 autres grammes de façon que son anesthésie à l'intérieur soit réalisée aussi complètement que possible par une solution peu diluée par l'urine, et ayant séjourné environ deux heures dans sa cavité. Cette anesthésie de la vessie est un temps indispensable qui, s'il n'était pas ou était mal réalisé, fausserait toute la technique ultérieure.

En outre, le malade a reçu, à 10 h. 1/2, une injection sous-cutanée de morphine de façon à diminuer sa sensibilité, à calmer son inquiétude et à atténuer ses réflexes.

Immédiatement, au moment où il est entré dans la salle d'opération, on a injecté dans sa vessie trois seringues d'eau boriquée de manière à faire une distension qui me permette de pratiquer facilement l'ouverture de l'organe à l'hypogastre.

L'anesthésie de la vessie étant réalisée, je puis maintenant commencer l'opération; dans la paroi hypogastrique, au milieu, au-dessus du pubis, je fais une piqûre avec une petite aiguille pour injecter quelques gouttes de la même solution.

Je vais maintenant injecter plusieurs seringues de 10 centimètres sur la ligne médiane, sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'aponévrose de la paroi abdominale, et aussi dans les muscles droits à droite et à gauche. Cette anesthésie à distance des muscles, à droite et à gauche de la ligne médiane, est tout à fait nécessaire; elle ajoute à l'anesthésie locale les bienfaits de l'anesthésie régionale et va faire que les contractions des muscles, qui pourraient être si gênantes pendant les manœuvres profondes, seront annihilées.

Et pour cela, il est nécessaire d'étendre l'anesthésie loin, à droite et à gauche, au-delà de la ligne sur laquelle vous allez pratiquer l'incision.

Et, toujours avant de procéder à l'incision de la paroi, j'injecte quelques centimètres cubes d'anesthésique dans la cavité de Retzius, en les dispersant au hasard, et cette dissémination de l'anesthésique au-devant de la paroi vésicale distendue se combinera avec l'action du liquide intra-vésical pour réaliser une anesthésie très suffisante de la paroi vésicale elle-même.

Et maintenant, sans attendre, je vais pratiquer l'incision.

Je dis « sans attendre »; car je n'ai jamais remarqué qu'il y eût un réel bénéfice à attendre entre la fin des injections et le commencement de l'acte chirurgical proprement dit. Je n'ai

aucun bénéfice à attendre, pas plus au point de vue de l'anesthésie, qu'au point de vue de l'hémostase. Mon anesthésie d'emblée réalisée telle quelle sera excellente, bonne ou médiocre ! Et quand elle est médiocre, l'expectation ne l'améliore pas.

Et ce que je dis en ce moment à ce point de vue s'applique aussi bien à l'anesthésie profonde que je réaliserai tout à l'heure dans la vessie ; je n'attendrai pas pour enlever l'adénome.

Vous me verrez procéder à son extraction dès que j'aurai injecté ma dernière seringue d'anesthésique.

Je pratique donc maintenant l'incision de la taille hypogastrique, mais je la ferai extrêmement petite, juste de quoi glisser un ou deux doigts. L'incision de la ligne blanche intermusculaire n'est pas plus grande. Je refoule le péritoine sur la paroi vésicale qui se montre distendue, incise celle-ci juste assez pour y passer un ou deux doigts et vous voyez que l'anesthésie est excellente et que le malade ne sent rien.

C'est maintenant que va commencer l'anesthésie de la prostatectomie proprement dite.

Je vais faire autour de l'adénome avec des aiguilles très longues et très fines de différentes courbures, une série de piqûres aux confins de l'adénome et de la vessie et dans ce qui sera tout à l'heure la zone de clivage. Je fais ainsi tout le tour de l'adénome et, dans chaque piqûre, j'injecte 5 centimètres cubes de la solution.

Je prends maintenant une aiguille de plus grand calibre et je vais injecter de la solution dans les zones intermédiaires au rectum et à l'adénome, sur la face postérieure de celui-ci, et aussi loin que possible ; je dépose là dans plusieurs directions 10 à 20 centimètres cubes de la solution.

Il me reste encore 20 centimètres cubes sur 250; je les utilise pour faire l'anesthésie de l'urètre dans la zone antérieure de l'adénome en arrière du pubis, c'est-à-dire au niveau des cornes de l'adénome à l'aide de cette aiguille longue et toute droite.

Et tout de suite l'anesthésie étant terminée, je vais procéder à l'extraction ou énucléation de l'adénome et enlever à droite et à gauche les noyaux.

....

Le voici, il pèse environ 30 grammes, et le malade n'a eu aucune sensation, je n'ai plus qu'à procéder au tamponnement de la loge cruentée.

Je place ensuite le tube de Freyer de manière à maintenir la mèche en place; le tube entre à frottement et un point de suture au crin de Florence sera suffisant pour fermer l'orifice de la paroi au-dessus de lui.

Ainsi l'opération est terminée en quelques minutes; la durée de l'opération avec l'anesthésie locale est de sept à huit minutes en tout, et le malade qui a pu causer avec nous n'a pas subi le choc de l'anesthésie générale.

J'ai déjà fait avec cette anesthésie locale un grand nombre d'opérations. La proportion des cas dans lesquels l'anesthésie est excellente est au moins de 90 p. 100. Chez un dixième des malades, il y a ici ou là quelques sensations, mais qui ne furent jamais suffisantes pour me forcer à recourir à l'anesthésie générale.

J'estime qu'il y a cinq malades sur cent qui guérissent avec l'anesthésie locale et qui seraient morts avec l'anesthésie générale.

Elle est donc extrêmement précieuse, car on peut l'appliquer à des malades qui n'auraient pu être justiciables d'une anesthésie générale.

Je n'ai jamais vu un accident qui puisse être attribué à l'anesthésie locale, tandis que j'ai vu des malades mourir sous le choc de l'anesthésie générale et de l'anesthésie rachidienne.

Il est cependant *certaines contre-indications* qu'il ne faut pas dépasser sous peine de s'exposer à quelque résultat défavorable.

Dans les cas où la vessie est très sensible, soit par le fait d'un calcul ou d'une cystite, il est impossible d'obtenir l'anesthésie complète et parfaite ; dans ces cas là, il vaut mieux recourir à l'anesthésie générale, car la locale donnerait un résultat défectueux.

Il en est de même dans les cas où il n'y a pas d'adénome nettement énucléable ; l'anesthésie ne peut être faite dans un plan de clivage, car il n'y en a pas et le malade serait appelé à souffrir certainement au moment de l'énucléation.

Aussi bien, dans l'ensemble des prostatectomies je n'ai pas toujours recours à l'anesthésie locale, mais grâce à ce moyen, j'ai pu opérer des malades qui n'auraient jamais pu supporter l'anesthésie générale, et par conséquent, chez lesquels on aurait dû renoncer au bénéfice d'une opération.

Je puis donc dire que les indications de la prostatectomie se sont, grâce à l'anesthésie locale, sensiblement étendues entre mes mains.

***

III. — *Urétrotomie interne.* Je vais maintenant procéder à une urétrotomie interne, opération banale et simple s'il en est et que je me permets de faire devant vous seulement pour cette raison, que l'urétrotrome dont je me sers mérite d'être vulgarisé comme présentant quelques avantages sur les autres.

Depuis longtemps, vous le savez, Messieurs, on se sert pour sectionner les rétrécissements de l'urétrotome de Maisonneuve.

Mais il est préférable de faire plusieurs sections superficielles qu'une seule profonde; sur ce point tous les urologistes à peu près sont d'accord. Or, l'urétrotomie de Maisonneuve ne peut

*

faire qu'une section, à la rigueur deux, et c'est là une sérieuse objection à son emploi.

Par contre, ce même urétrotome de Maisonneuve a des avantages indiscutables ; la facilité de la manœuvre, la sécurité de son action faisaient que cet instrument pouvait être mis entre toutes les mains.

Il y a quelques années, je me suis donc préoccupé de concilier dans le même instrument les avantages de l'urétrotome de Maisonneuve et ceux d'un instrument à sections multiples. Et j'ai réalisé ce problème dans l'instrument que voici :

Au lieu de mettre une lame qui glisse dans le conducteur comme dans l'urétrotome de Maisonneuve, j'ai fait faire par M. Collin une lame susceptible de tourner autour du conducteur ; en outre la lame est losangique.

Ainsi elle pourra avec ses deux tranchants couper à l'aller dans le sens antéro-postérieur, et en cours de route avant de revenir, je lui imprimerai une rotation, de telle façon qu'elle sectionnera au retour avec ses deux lames d'arrière et dans le sens transversal. Ainsi deux sections à l'avant et deux sections à l'arrière font quatre sections dans l'urètre, dont j'ai pu sur le cadavre vérifier la réalité anatomique.

Et voilà comment cet instrument combine les avantages de l'urétrotomie simple avec ceux de l'urétrotomie complémentaire.

J'ai à ma disposition trois lames représentant le 22, 26, et 30 de la filière Charrière. Je me sers en général de la lame moyenne numéro 26 : c'est celle que je vais prendre.

Sur la bougie conductrice le conducteur courbe est vissé et introduit dans l'urètre. Je dispose soigneusement les petits crochets de l'instrument autour du conducteur ; je m'assure que l'adaptation est bien exacte, que le glissement est facile et je pousse la lame dans l'urètre ; elle est de champ dans l'urètre ; elle est poussée et elle a fait à l'urètre deux sections dans le sens antéro-postérieur. Avant de la retirer je la retourne de 90° et deux nouvelles sections ont été faites dans le sens transversal.

La rapidité d'exécution est très intéressante puisque quatre sections ont été faites en un rien de temps. Or, je le répète, cet instrument est à la portée de tous et je n'ai jamais vu aucun accident qui puisse lui être imputable.

J'ai vu une fois un abcès urineux consécutif à son emploi, mais j'en ai vu aussi plusieurs dans le même temps avec l'urétrotome de Maisonneuve.

En tous cas, jamais je n'ai eu d'hémorragie et le nombre d'opérations dont nous disposons aujourd'hui pour prouver la valeur de cet instrument dépasse le mille.

Je puis donc dire que mon urétrotome est d'une valeur thérapeutique égale, sinon supérieure, à tous les urétrotomes à sections multiples.

Il est plus facile de faire la dilatation haute avec cet instrument qu'après l'urétrotomie faite avec les urétrotomes à sections uniques.

Je combine en effet dans le même instrument les avantages de l'urétrotome linéaire et ceux de l'urétrotome complémentaire ; avec cet instrument les urétrotomies complémentaires sont plus rarement nécessaires, et je me permets donc de le signaler à votre attention comme un perfectionnement de la vieille et très simple urétrotomie interne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'élimination de l'alcool du liquide céphalo-rachidien. — Numération des gonocoques au cours de la blennorrhagie urétrale aiguë. — Syndrome thalamique consécutif à une blessure de guerre. — Troubles sphinctériens transitoires dans les commotions de guerre sans plaie extérieure. — Injections intra-veineuses d'iodure de potassium. — Emploi du siphon d'eau de Seltz dans les angines graves. — Corps étranger intrabronchique à accidents pseudo-tuberculeux.

MM. Lenoble et Daniel présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *l'élimination de l'alcool du liquide céphalo-rachidien dans l'intoxication éthylique aiguë et chronique.*

Les auteurs concluent que la quantité d'alcool trouvée dans le liquide céphalo-rachidien, au cours de l'intoxication éthylique, peut être très forte. Au point de vue médico-légal, la constatation de l'alcool dans le céphalo-rachidien a une grande importance, car elle ne saurait être simulée. Au point de vue diagnostique elle permet de préciser la nature de quelques états infectieux vaguement étiquetés embarras gastriques fébriles, etc.

— MM. Ramond et Charlet lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur la *numération des gonocoques au cours de la blennorrhagie uréthrale aiguë.*

S'inspirant de la méthode adoptée par Carrel et appliquée par lui au traitement des plaies de guerre, MM. Ramond et Charlet ont pratiqué des numérations en série des gonocoques au cours de la blennorrhagie aiguë, dans l'espoir d'y trouver des renseignements sur le pronotic et la durée de la maladie. Cet espoir n'a pas été réalisé, toutefois, et il semble qu'aucune notion utile sur l'évolution et le pronostic d'une uréthrite blennorrhagique aiguë puisse être tirée de la numération des gonocoques.

L'ANTISEPTIQUE URINAIRE IDÉAL



Le SEUL qui réunisse les avantages suivants :

1° SOLUBILITÉ DE L'UROTROPINE (syn. Hexametylène tetramine) grâce à sa combinaison avec les acides oléique et citrique, d'une innocuité absolue.

2° ACTION BALSAMIQUE du santalol, sans troubles digestifs ni maux de reins, comme en provoquent les essences de santal du commerce qui contiennent toujours des matières résineuses.

3° ENROBAGE AU GLUTEN permettant au médicament de traverser l'estomac sans troubler la digestion, ni être décomposé par elle, et assurant sa dissolution graduelle dans l'intestin grêle *(ce qu'on ne peut obtenir avec les formes liquide ou granulée).*

4° TOLÉRANCE PARFAITE quel que soit le nombre des capsules absorbées

Échantillon sur demande : A. LÉGER, Ph^cien, 10, Rue Saint-Antoine, PARIS (4e)

Publ. G. Mettais.

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gastrique MONCOUR Hypopepsie *En sphérulines dosées à o gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	EXTRAIT Hépatique MONCOUR Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	EXTRAIT Intestinal MONCOUR Constipation Enterite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	EXTRAIT Rénal MONCOUR Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées a 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	CORPS Thyroïde MONCOUR Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	POUDRE Ovarienne MONCOUR Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées a 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	AUTRES Préparations MONCOUR Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

— M. Guillain rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *syndrome thalamique consécutif à une blessure de guerre.*

Il s'agit d'un blessé qui reçut un éclat d'obus à la région pariéto-occipitale droite. Le projectile fut extrait par une intervention qui conduisit au voisinage de la selle turcique. Le malade présenta l'ensemble symptomatologique du syndrome thalamique de MM. Déjerine et Roussy : hémiparésie légère, ataxie, dysmétrie, troubles de sensibilité, etc. Les cas de ce genre sont rares, les lésions en cause n'étant pas, en général, compatibles avec l'existence.

— MM. Guillain et Barré font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur les *troubles sphinctériens transitoires dans les commotions de guerre sans plaie extérieure.*

MM. Guillain et Barré ont observé, chez un certain nombre de sujets, des troubles sphinctériens consécutifs à des déflagrations d'obus sans plaie extérieure. Ces troubles (incontinence, rétention d'urine), sont transitoires, et peu fréquents d'ailleurs. Leur pathogénie reste mal précisée, mais il est intéressant de les connaître.

— M. Simon lit à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur les *injections intra-veineuses d'iodure de potassium.*

M. Simon a essayé l'administration de l'iodure de potassium en injections intra-veineuses. Le médicament a semblé agir sinon avec plus d'activité, du moins à des doses sensiblement moindres que par voie buccale. Les injections sont peu douloureuses, mais elles ne sont pas, comme les injections de cyanure de mercure ou de Salvarsan, complètement indolores.

— M. Comby signale à la *Société médicale des hôpitaux* les avantages de l'*emploi du siphon d'eau de Seltz dans les angines graves.*

Dans les angines graves, ulcéreuses phlegmoneuses, diphtéroïdes, nécrotiques, etc., aussi bien chez les enfants que chez les adultes, les pulvérisations avec le siphon d'eau de Seltz peuvent rendre de grands services. En outre de l'action anesthésiante locale de l'acide carbonique, ces pulvérisat'ons assurent par leurs effets détersifs, un nettoyage complet de la gorge et l'élimination des parties sphacélées. La technique de cette méthode, qui est due au Dr Labruhe, est la suivante : prenant un siphon d'eau de Seltz, on y adapte un tube de caoutchouc de 10 à 15 centimètres que l'on porte dans la bouche, sur l'abaisse-langue tenu de la main gauche. Il ne reste plus qu'à presser sur le ressort qui livre passage à l'eau gazeuse.

— M. Denéchau rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *corps étranger intra-bronchique à accidents pseudo-tuberculeux, éliminé spontanément au bout de deux ans.*

Il s'agit d'une malade qui, dans un mouvement d'inspiration inopportun, fit pénétrer dans ses voies respiratoires un fragment de baleine en celluloïde. Le corps étranger fut méconnu et provoqua des accidents pulmonaires que l'on considéra comme tuberculeux. Au bout de deux ans, le corps étranger fut expulsé spontanément et la guérison des accidents s'ensuivit presque immédiatement.

M. Rist pense qu'une radiographie aurait pu peut-être révéler le corps étranger. En tout cas, le diagnostic de tuberculose eût facilement été éloigné par un examen de crachats.

M. Sergent signale un cas analogue, dans lequel une pièce dentaire, entrée dans les voies respiratoires pendant l'anesthésie, avait provoqué des troubles mis sur le compte d'une tuberculose. Il est inexcusable, dit-il, chez les malades de ce genre, de négliger la recherche du bacille de Koch.

M. Chauffard montre que le kyste hydatique infecté du poumon est aussi une cause d'erreur de diagnostic avec la tuberculose pulmonaire.

P. L.

MALADIES TROPICALES

DIAGNOSTIC DU PALUDISME

Un signe pathognomonique.

Le diagnostic du paludisme se fait habituellement :

1° par les signes cliniques ;
2° par le microscope ;
3° par le graphique des températures.

1° Les signes cliniques sont :
le frisson du début ;
l'hyperthermie qui accompagne et suit le frisson ;
les symptômes digestifs ;
l'hépatosplénomégalie en accordéon ;
la crise sudorale de la fin de l'accès.

2° Le microscope révèle :
les hématozoaires ;
la destruction globulaire ;

3° Le graphique des températures indique :
une fièvre nettement intermittente, c'est-à-dire descendant au dessous de 37 le matin et atteignant son maximum 39, 40, 41 dans la journée. Ce maximum peut être constaté chaque jour, tous les 2 ou 3 jours (dans les cas les plus réguliers).

Il semblerait donc que la clinique, aidée du microscope et du graphique thermique, permît de faire un diagnostic facile d'un accès paludéen.

En réalité, c'est moins simple.

Les frissons, l'hyperthermie, les symptômes digestifs, le gros foie, la grosse rate, se retrouvent ensemble dons la cirrhose biliaire splénomégalique et rien ne ressemble plus à un accès paludéen qu'un accès de cirrhose biliaire, y compris le facies du malade.

Les hématozoaires qui sont *ordinairement* visibles sur frottis pris au moment du maximum, ne se retrouvent *ordinairement* pas, avant ou après ce moment. Et du fait que la recherche de l'hématozoaire a été négative, peut-on nier un paludisme? La destruction globulaire n'est que *relative* et on n'a généralement pas numéré un paludéen avant son premier accès.

La courbe thermique, parait évidemment le meilleur moyen de diagnostic. Encore faut-il avoir affaire à une tierce ou à une quarte régulières, attendre la répétition de 3 ou 4 accès, observer le cycle parfait, et perdre une dizaine de jours avant de poser son diagnostic. Et c'est le cas le plus favorable. Mais quand on se trouve en présence d'une intermittente quotidienne le diagnostic est moins lisible, la quotidienne intermittente se retrouvant dans un grand nombre de maladies. La difficulté est encore augmentée quand on est en présence d'un seul accès se répétant, irrégulièrement, tous les 20 ou 30 jours. En même temps que le paludisme on peut tout envisager, depuis la fièvre de fatigue, l'embarras gastrique très simple, jusqu'au kala azar.

Nos travaux sur des centaines de paludéens nous ont permis de diagnostiquer facilement l'accès de paludisme. Ce diagnostic n'offre aucune difficulté, il est à la portée de tous :

Au début de l'accès de fièvre, entre 37,2 et 37,5 (jamais après 37,5) faire une injection de sulfate de quinine de 1 gr. 20 à 1 gr. 60. Si l'injection n'influence pas l'accès, si la température continue à s'élever, il s'agit d'un accès paludéen. Si, au contraire, l'injection de quinine influence l'accès, empêche l'hyperthermie, il s'agit d'autre chose.

Le 4 mai 1918.

Dr Benabu,
Médecin-Chef de la Place de Zarzis (sud Tunisien).

UROLOGIE

Relation entre la tension superficielle des urines et leur toxicité.

(Son importance en clinique et dans le traitement de Royat).

par le Dr Perrin Gabriel
Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, Docteur ès-sciences, médecin consultant à Royat-les-Bains.

Dans un article du *Concours médical* (No du 1er novembre 1917) notre confrère, le Dr Satre, médecin-major aux armées, indique quel service peut rendre à la clinique la recherche de la tension superficielle des urines. Depuis plus de dix ans, nous nous occupons de cette question avec notre collègue le professeur Billard et peut-être serait-il intéressant pour les lecteurs du *Concours médical* d'apprendre que nous avons établi un procédé simple et rapide pour déterminer approximativement la toxicité urinaire, par le calcul de la tension superficielle des urines, procédé communiqué dernièrement à l'Académie de médecine par M. le Professeur Achard.

La recherche de la toxicité urinaire avait depuis longtemps sollicité l'attention des physiologistes; c'est qu'en effet sa détermination avait une importance de premier ordre. Tant que la dépuration de l'organisme se fait bien, rien à craindre au point de vue intoxication. Mais que le fonctionnement de l'appareil rénal vienne à être défectueux, une accumulation de toxines ne tarde pas à se produire et par la continuité de leur action, à engendrer comme l'a montré le Professeur Huchard, un état morbide cause de l'*artério-sclérose*, si fréquente vers la cinquantaine.

Aussi les procédés pour examiner la perméabilité rénale sont-ils nombreux et variés. Les uns examinent l'urine au point de vue de ses propriétés physiques, chimiques ou physiologiques (densité, point cryoscopique — *Procédé de Claude et Balthazar*, — analyse qualitative et quantitative, toxicité, etc.), appréciant plus spécialement la perméabilité spontanée du rein; les autres s'emploient à explorer la perméabilité expérimentale en introduisant dans l'organisme une substance déterminée (bleu de méthylène — *Procédé Achard et Castaigne*, — rosanilide trisulfonate de soude — *Procédé Lépine*, etc.), recherchée ensuite dans l'urine émise : tous jugent de l'ouvrier par le travail accompli.

Aucun de ces procédés n'est à l'abri de la critique. L'un des moins discutés est encore celui du Professeur Bouchard qui apprécie comme on le sait, le fonctionnement de l'appareil rénal par la détermination de la toxicité urinaire. Ce procédé consiste à injecter directement de l'urine dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. L'urine normale doit être injectée à la dose de 50 cc. pour tuer un kilogramme d'animal : c'est l'unité de toxicité ou *urotoxie*. Selon qu'il faudra plus ou moins d'urine pour arriver au même résultat, l'urine sera moins ou plus toxique.

Malheureusement ce procédé est plus du domaine du laboratoire que de celui de la clinique. Injecter de l'urine à des lapins, n'est pas chose simple, rapide et économique; il fallait trouver une méthode s'adaptant mieux à la pratique journalière.

C'est alors qu'avec un de nos collègues à l'Ecole de Médecine, le professeur Billard, nous eûmes l'idée de rechercher les principales substances

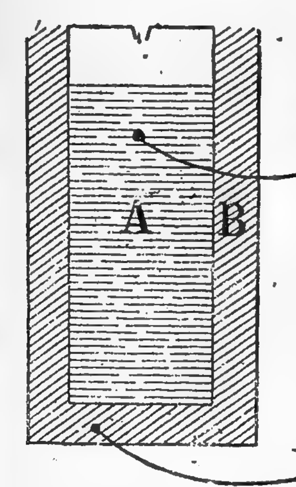
Après les Maladies contagieuses

PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

par les Vapeurs de Formol
A L'AIDE DU

FUMIGATOR GONIN

DESCRIPTION



Tube métallique contenant la poudre de formol

Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi. Elle se consume sans flammes ni étincelles



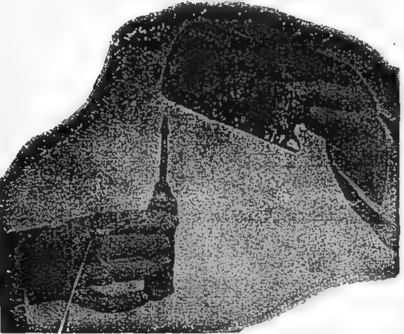
Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur, la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé

La DÉSINFECTION de ses LOCAUX

pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(Art. 17 du décret du 10 Juillet 1906)

Prix : le GONIN pour 20$^{m^3}$, 5 francs.

ÉTABLISSEMENTS GONIN, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : 517-23 — Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS



toxiques de l'urine et d'étudier leur action sur la tension superficielle des liquides dans lesquels elles sont en solution. Or, nous fûmes frappés de ce fait, que les poisons de l'urine sont des facteurs d'abaissement de tension superficielle ; il était donc à prévoir qu'il devait y avoir une certaine relation entre la tension superficielle des urines et leur toxicité. C'est ce que les expériences faites au Laboratoire de physiologie de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, nous permirent de vérifier.

On sait que la tension superficielle des liquides est une constante spécifique au même titre que la densité ou le point de congélation. Ainsi, par exemple, la tension superficielle de l'eau est 7 milligrammes 1/2 à la température de 15°; celle d'un liquide quelconque peut se calculer par la loi de Jurin ou plus simplement par la pipette compte-gouttes de Duclaux. Sans entrer dans le détail de ce calcul, qu'il nous suffise de savoir que pour déterminer approximativement la tension superficielle d'un liquide, on peut se contenter de rechercher la densité du liquide et de compter le nombre de gouttes n, correspondant à la capacité de 5 cc. de la pipette Duclaux à la température moyenne de 15°. La tension superficielle du liquide est donnée par la formule

$$T\,S = \frac{100\,d \times 7{,}5}{n}$$

La tension superficielle de l'urine varie, d'après nos recherches personnelles, de 4 milligr. 70 à 7 milligr. 45 pour une température de 15°. Or, ayant injecté à des lapins, suivant la méthode Bouchard, un certain nombre d'urines provenant de malades divers et ayant calculé la tension superficielle de ces urines en même temps que leur toxicité, voici les résultats obtenus :

T S des urines examinées	Valeur de l'urotoxie
5,76	13
5,88	17
6,08	20
6,15	27
6,22	34
6,34	40
6,49	45
6,60	48
6,80	53
7,09	81
7,13	88
7,25	96
7,41	164

Si ces résultats ne permettent pas d'établir une loi, ils suffisent dans tous les cas à montrer que la tension superficielle des urines est d'autant plus faible que leur toxicité est plus élevée. Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que la mesure de la tension superficielle peut donner une valeur urotoxique précise ; les phénomènes biologiques ne sont pas comme les phénomènes physiques soumis à des lois d'une rigueur mathématique. Nous faisons simplement observer que pour tuer 1 kilogramme de lapin, la quantité d'urine nécessaire est d'autant plus faible que sa tension superficielle est plus basse.

En calculant la tension superficielle des urines, on a donc un moyen simple, rapide et peu coûteux pour avoir une idée approximative de leur toxicité. Et si l'on suppose, ce que nous ne donnons pas pour exact, mais pour commode en pratique, qu'il y a proportionnalité entre deux tensions successives, il est facile de calculer par une simple règle de trois, la valeur urotoxique correspondante à chaque tension. Ce procédé si simple, commence à être employé par certains de nos confrères, médecins des hôpitaux, et nous a rendu personnellement de grands services dans le traitement de Royat. Il nous est difficile, pour ne pas dire impossible, de diriger une cure de *bains carbo-gazeux*, sans connaître à fond le fonctionnement de l'appareil rénal du malade. L'*artério-sclérose*, spécialité de Royat, a, pour la plupart du temps, son origine dans une dépuration insuffisante de l'organisme et cependant les urines examinées ne montrent ni trace de sucre, ni d'albumine. Or, les bains carbo-gazeux activent la diurèse et augmentent comme nous l'avons montré avec Mougeot la toxicité urinaire. Par notre méthode, nous pouvons donc suivre pas à pas, l'élimination des toxines et constater simultanément avec l'amélioration de l'artério-sclérose, la baisse de la tension artérielle, qui est généralement ramenée à la normale en fin de saison.

En clinique, la question de la perméabilité rénale est également de première importance. Tant que le malade élimine bien ses poisons, rien à craindre. Aussi, au cours de maladies infectieuses, la recherche de la toxicité urinaire devrait-elle être opérée au même titre que celle de la présence ou de l'absence d'albumine dans les urines.

Cette recherche demande au plus, comme nous l'avons indiqué, trois instruments peu coûteux et peu encombrants (un compte-gouttes Duclaux, un pèse-urine et un thermomètre) et est si rapide qu'elle peut se faire pendant qu'on prend la température du malade.

Nous nous tenons d'ailleurs à la disposition des confrères qui voudraient utiliser ce procédé, pour leur fournir tous les renseignements utiles et au besoin leur adresser les tables donnant en face de chaque tension, le nombre d'urotoxie correspondant, ce qui permet de déduire sans calcul, la toxicité urinaire.

**

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Un hypnagogue récent : Le Dial.

C'est à Hayem que revient le mérite d'avoir distingué nettement les insomnies dyscrasiques et toxiques des insomnies nerveuses proprement dites, centrales ou périphériques, sympathiques ou réflexes, l'insomnie liée à la douleur pouvant former la transition entre les deux groupes nosologiques.

Les agrypnies d'origine infectieuse ou toxique relèvent des thérapeutiques spécifiques aux affections dont elles ne sont que des symptômes. Toutes les autres, qu'elles soient dûes à la dépression nerveuse ou à l'éréthisme sensoriel, et même à la douleur (modérée), aux affections organiques de l'encéphale, aux émotions ou aux soucis, à l'aliénation mentale, à l'hystérie — cette mauvaise répartition du repos cérébral, d'après Sollier — sont actuellement traitées par toute *une série de médicaments somnifères, dont* l'influence, quelquefois heureuse, n'est pas toujours sans inconvénients.

Le meilleur hypnotique, en effet, n'est pas tant celui qui possède la plus évidente « vertu dormitive » : c'est bien plutôt celui qui, après un sommeil calme et reposant, ménage un réveil agréable et exempt de malaises ; il doit aussi n'avoir aucune action nocive, ne pas entraîner l'accoutumance ou l'habitude invétérée, la manie d'y recourir.

Ces qualités semblent bien appartenir au Dial (diallylmalonylurée), hypnotique du groupe des uréides, qui agit à dose très faible (0 gr. 10 à 0 gr. 20), et dont la désintégration totale dans l'organisme aboutit à deux produits d'élimination parfaitement inoffensifs, l'acide carbonique et l'urée. De tous les agents somnifères, le Dial est certainement celui qui se heurte le moins aux idiosyncrasies individuelles, il ne détermine pas de troubles digestifs, ni de céphalée, ni d'hébétude ; on n'a jamais signalé jusqu'ici de *dialomanes*.

Cinq fois plus actif que le véronal, il s'administre d'ailleurs à dose beaucoup plus faible. Le Dial ne détermine rien d'analogue au véronalisme du côté mental ; rien à signaler non plus de semblable à l'anxiété sulfonalique. Il n'a pas cette action destructive sur le sang des dérivés sulfonés ; il n'affecte ni l'appareil circulatoire, ni l'appareil digestif. Il est légèrement hypotenseur.

L'effet somnifère du Dial s'obtient en vingt minutes environ. Il est préférable de ne l'absorber, au coucher, que deux heures environ après le repas du soir ; pris avec une infusion chaude de tilleul ou de primevère, il paraît plus vite absorbé et donne un résultat plus rapide et plus durable.

Le Dial est fabriqué par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand, à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

Blessures de la moelle et de la queue de cheval, par G. Roussy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. Lhermitte, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, avec une préface de M. Pierre Marie. 1 volume de 200 pages avec figures et planches hors texte (de la *Collection Horizon*) (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 4 francs.

Pourquoi ce chapitre des blessures de la moelle épinière manquait-il seul à l'étude méthodique et dogmatique de cette *Neurologie de Guerre* qui, à travers le drame des années dernières, aura fait tant d'honneur à l'École Française ?

Pour bien des raisons : d'abord peu de médecins ont observé un nombre considérable de blessures de l'axe spinal ; encore moins ont pu suivre l'évolution de celles-ci pendant des jours, des semaines et des mois.

Mais à toutes ces raisons que l'on pourrait appeler « de circonstances », vient s'en joindre une autre, qui est une raison « de fond » : dans toute la *Neurologie de Guerre*, il n'y a pas d'étude plus pénible, moralement et matériellement, que celle des blessures de la moelle, et on peut ajouter qu'au point de vue scientifique, cette étude est une des plus difficiles qui puissent se présenter.

Cette lacune, MM. Roussy et Lhermitte viennent de la combler par le présent volume, et s'ils ont pu y parvenir, d'aussi louable façon, c'est qu'ils réunissaient, par leur conjonction, l'ensemble des conditions sans lesquelles l'accomplissement de leur tâche eût été irréalisable.

Nous signalerons particulièrement les pages consacrées à l'*Hémisection de la moelle*. Le syndrome de Brown-Sequard y est étudié dans ses différentes modalités, suivant qu'il est complet, incomplet ou à type paralytique, pour les cas d'hémisection sagittale.

Un chapitre d'un intérêt majeur est celui de la *Commotion médullaire*. On sait combien de publications ont déjà motivé les accidents de cet ordre : commotion réelle, organique pour certains auteurs, manifestations surtout névropathiques pour d'autres observateurs. Les deux thèses sont, suivant les cas, soutenues par de très sérieux arguments. On trouvera dans ce volume, une appréciation originale et personnelle des faits.

Les pages consacrées à l'*Anatomie Pathologique* seront des plus utiles à consulter, aussi bien pour les neurologistes que pour les chirurgiens, car, grâce à elles, tous ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'examiner en détail des pièces de ce genre, pourront se faire une idée des lésions observées. De très belles planches originales viennent faciliter l'intelligence du texte.

AVIS

Les membres de la Mutualité Familiale sont avertis que leur cotisation est majorée de 20 centimes par cent francs, les nouvelles taxes restant à la charge des sociétaires.

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de Police* pour Paris, et pour la province par *le commissaire spécial du chef-lieu du département.*

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

Suite page XXII.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Rhumatisme articulaire.

Rhumatisme articulaire chronique :

A. Rh. : NOUEUX, DÉFORMANT.

1° *Traitement interne* : chaque mois et vingt jours par mois, ordonner, le premier mois:

a) Extrait sec total de corps thyroïde : cinq centigr. pendant les dix premiers jours.

Extrait sec total de corps thyroïde : 10 centigr, pendant les dix jours suivants.

N. B. — Ne pas maintenir cette dose au cas de palpitations, d'arythmie ou de syncope.

Le deuxième mois :

b) Teinture d'iode, fraîchement préparée, de V à LX gouttes par jour, à doses fractionnées croissantes, pendant vingt jours et progressivement.

Le troisième mois :

c) Soufre colloïdal : 1 à 2 cuillerées à café par jour.

Cesser au cas de diarrhée ou d'insuffisance hépatique.

B. Rh. : MUSCULAIRE.

1° *Traitement interne.*

a) Méthylarsinate disodique, 0 gr. 05.
Eau distillée, pour 1 ampoule.

Aller, en cinq jour, à 0 gr. 20 par jour.

Cesser, dès lors, tout traitement pendant cinq jours et administrer :

b) Pyramidon. . . . . 0 gr. 10
Antipyrine. . . . . 0 gr. 15
Salophène . . . . 0 gr. 20
Bicarbonate de soude. . . 0 gr. 30
Pour 1 cachet n° *30.*

3 par vingt-quatre heures, avec infusion de feuilles de cassis ou de feuilles d'oranger Recommencer en *a*, le cinquième jour.

c) Salicylate de méthyle pur, 10 cc.
Liq. de Punch . . } ãã 100 grammes.
Eau distillée . . . }

Gilbert-Lasserre ordonne cette potion à prendre en quarante-huit heures.

Ne pas renouveler.

2° *Traitement externe :*

A. Dans le rhumatisme *déformant*, le *traitement hydro-minéral* domine la thérapeutique :

Bains sulfurés artificiels.

Bains naturels : Ax, Aix-les-Bains, Bourbonne, etc.

Bains térébenthinés : Beaune-les-Bains.

Boues végétales de Dax, etc.

B. Dans le Rhumatisme *musculaire :*

a) Électricité : courant galvanique.

Ionothérapie aux sources sulfurées.

---

b) Bains et douches d'air chaud.

c) Frictions, massage au gant de crin, légèrement imbibé de

Terpinol.	5 gr.
Gaïacol	3 gr.
Alcool camphré	125 gr.

d) *Traitement hydrominéral :* Bagnères-de-Bigorre, Néris, Barèges (Barzun-Polard), Saint-Amand.

Régime : Légumes, fruits, quelques laitages, viande grillée à un seul repas.

Diète hydrique : 1 jour chaque quinzaine, accompagnée d'une purgation avec une macération de racine de bourdaine.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Médecine civile et médecine militaire.

Je vous remercie de votre impartialité, et je vous remercie aussi d'avoir bien voulu insérer mon article en réponse à celui du Dr Mignon. Je sais que le *Concours Médical* est ouvert à toutes les opinions; mais permettez-moi deux réponses à vos observations :

Le médecin militaire doit avoir un rôle double, celui de militaire et celui de praticien; vous le déplorez, mais je ne vois pas trop comment empêcher cet inconvénient, il est nécessaire.

Vous me dites que les galons pour le médecin sont inutiles et que sa tenue morale, sa conscience professionnelle lui donnent plus d'autorité que les galons; mais les unes ne vont pas sans les autres; et de tout temps on a été très strict dans l'armée à ce sujet.

Les titres scientifiques peuvent avoir et ont une grande influence auprès des gens instruits et intelligents dans l'armée; mais le nombre de ceux-ci est bien petit à côté de la généralité; croyez-vous que la masse des poilus et même la généralité des sous-officiers et officiers se préoccupent peu de savoir si le médecin qui les soigne est Membre de l'Institut ou de l'Académie de médecine, Professeur à la Faculté de médecine, etc.? les galons comptent seuls pour lui, c'est à cause d'eux seuls qu'il a de la considération pour tel ou tel. C'est fâcheux, je l'avoue, le nombre de galons n'étant pas toujours en fonction du savoir; mais on ne peut faire autrement (1).

A cet égard, j'ai une histoire concluante à vous raconter : hier, devant recommander au médecin de l'hôpital mixte de Lorient un de mes malades mobilisé en traitement, j'ai fait demander à ce dernier le nom de son médecin, il m'a répondu : M. B..., hôpital mixte, *lieutenant;*

(1). C'est une opinion... difficile à soutenir. Nous sommes d'un avis diamétralement opposé. N. D. L. D.

le grade seul l'avait frappé, il ne pensait même pas à m'écrire Dr B... ou M. B..., docteur de l'hôpital mixte.

Je suis persuadé que les autres médecins de l'hôpital qui sont des civils ne comptent pas autant que son lieutenant (médecin) galonné.

Vous me dites : Dr de Champeaux vous êtes orfèvre ! je sais bien ce que vous entendez par là ; mais vous auriez pu dire : Dr de Champeaux vous avez été orfèvre... (et cela explique votre article). Mais depuis que j'ai quitté le service (vingt ans) j'ai changé bien souvent mes opinions sur tel ou tel point de la vie militaire que je n'envisageais pas de la même façon à ce moment.

Dr de CHAMPEAUX.

Réponse.

Nous sommes de moins en moins convaincus, depuis surtout que notre referendum nous a apporté le pourcentage éloquent de 85 % de médecins mobilisés partageant nos idées.

La mise hors cadre des vieux médecins R. A. T.

Abonné au *Concours*, je suis avec intérêt la campagne inlassable que vous menez en faveur des médecins mobilisés.

Je me permets d'attirer votre bienveillante attention sur l'urgence de la relève définitive des médecins de la réserve de la territoriale. Dans le nº du 15 février, page 170, il est dit que « la classe 1892 va être relevée et après elle les suivantes. » Nous savons par expérience combien ces opérations sont lentes et combien la résistance administrative est dure à vaincre.

Il y a cependant tout lieu d'espérer qu'avec le Dr Mourier, on pourrait obtenir une solution plus énergique et plus radicale, s'il veut bien apporter dans le service de santé les mêmes mesures qu'il a prises au sujet des combattants ; sinon, nous serons encore bernés pendant plusieurs mois.

En vertu des principes du nouveau sous-secrétaire d'État, il serait aisé de procéder très rapidement à la relève de tous les R. A. T. qui, depuis plus de deux ans, tiennent la place des jeunes sur le front.

Comme le fait remarquer avec juste raison le *Concours*, le seul fait de l'âge constitue la véritable « inaptitude restreinte », d'autant plus que nous sommes en surnombre dans la zone des armées, du moins en tant que médecins proprement dits.

Rien ne s'opposerait dès lors à un renvoi d'urgence de tous les vieux médecins qui en manifestent le désir, quelles que soient les circonstances.

Je me permettrais même de vous suggérer l'idée

suivante : il serait à souhaiter, dans un but d'économie pour l'État, que les praticiens ayant dépassé la quarantaine soient démobilisés et rendus à leur clientèle, à la charge par eux d'assurer un service militaire. Ceci entraînerait une suppression de solde et les populations civiles ne se trouveraient plus aussi embarrassées.

Personnellement, j'appartiens à la classe de 1894 et suis sur le front depuis plus de 28 mois, ayant débuté comme médecin de bataillon dans un régiment d'active. Je me trouve très fatigué et crois bien avoir mérité mon rappel à l'intérieur.

L'an dernier j'ai eu une entrevue avec M. le Dr D., qui me laissait entendre qu'avec un nouveau sous-secrétaire d'État il serait plus facile d'être entendu. La condition s'est réalisée et le moment me paraît propice. Je suis persuadé que le Groupe médical parlementaire aurait les plus grandes chances d'obtenir satisfaction avec M. Mourier lui-même, si l'on y met de l'insistance.

Comptant sur votre esprit bien connu de solidarité confraternelle et sur votre activité, j'espère que vous ne tarderez pas à obtenir gain de cause en faveur des vieux praticiens des armées.

Réponse.

Nos idées sont conformes aux vôtres en tous points. Nous les avons de nouveau défendues en haut lieu, sans autant de succès hélas ! que nous l'aurions souhaité.

A quel âge un médecin R. A. T. est-il vieux ?

Je vous serai très reconnaissant si vous pouvez me répondre sous la rubrique « Correspondance » ou directement, aux questions suivantes :

1° A partir de quelle classe est-on qualifié de « vieux » et peut-on bénéficier de la formule de notre nouveau S. S. E. au S. S. ?

Né le 30 août 1881, je suis normalement de la classe 1901 ;

2° Quelle fut la réponse de M. le Ministre de la guerre à la question déposée le 26 février 1918 sur le bureau de la Chambre, sous le n° 20.777, par M. le député A. Bouge et demandant :

« Si les officiers pères de quatre enfants ne « doivent pas bénéficier des mêmes dispositions « que les hommes de troupe et être maintenus « dans les formations de territoriaux. »

J'ai quatre enfants et suis par suite reporté à la classe 1897. Les officiers du S. S. sont peut-être mis à part comme non-combattants.

Médecin de *réserve* et maintenu dans la réserve par décision du général de division en 1915, j'ai été promu en décembre dernier et affecté en février à un bataillon de chasseurs à pied, après 10 mois de bataillon d'infanterie du 4 août 1914 au 10 juin 1915, puis 39 mois d'ambulance divisionnaire. Je n'ai jamais bénéficié des trois mois d'intérieur généreusement alloués en

1916, ceci sur ma demande d'ailleurs, et n'ai pas songé jusqu'à présent à réclamer, mais le temps passe et la fatigue vient.

Réponse.

1° Nous n'avons pas d'éléments d'appréciation officiels nous permettant de vous répondre;

2° Les officiers ne bénéficient d'aucune des dispositions appliquées aux hommes de troupes relativement au nombre de leurs enfants.

Seuls, les médecins sont reculés ou vieillis d'une classe par enfant, pour l'établissement de la classe de départ.

Les instructions officielles prescrivent aux autorités médicales de tenir compte pour la répartition de leur personnel de l'âge et des charges de famille.

Mais nous savons par expérience, que ces autorités n'en font souvent qu'à leur tête : les « *nécessités du service* » ont bon dos.

Les places du littoral méditerranéen et l'indemnité de cherté de vie.

L'indemnité de cherté de vie est prévue dès le temps de paix pour un certain nombre de places et circonscriptions dont vous trouverez la liste sur le guide Fournier à la page 135. Or, il s'est produit ceci, c'est que depuis la guerre, des places et surtout des hôpitaux se sont créés dans des villes où il n'y en avait pas avant la guerre. Les officiers de ces places ou hôpitaux ne touchent pas l'indemnité de cherté de vie la plus minime malgré que la nouvelle place se trouve présenter souvent des conditions de vie plus onéreuses qu'une place toute voisine et qui en bénéficie parce que d'avant guerre. C'est ainsi que les officiers des hôpitaux de Cannes ne touchent pas d'indemnité de cherté de vie tandis que leurs collègues de Nice la touchent, parce que Cannes est une place néoformée tandis que Nice existait comme place dès le temps de paix, et l'indemnité y était prévue. Or, il est de notoriété publique que la vie est plus chère à Cannes qu'à Nice. Peut-on admettre qu'après plus de trois ans de guerre on ne soit pas encore arrivé à redresser de pareilles erreurs? Mais, il y a mieux dans le même ordre d'idées : les médecins de Beaulieu qui est une extension de guerre de la place de Nice et de Villefranche, qui sont à trois kilomètres de Villefranche, ne touchent pas l'indemnité de cherté de vie que touchent leurs camarades de Nice et Villefranche. « Vérité en deçà, erreur au delà ». Il en est de même des hôpitaux de Monaco et Monte-Carlo, et du Cap d'Ail, qui dépendent de la place de Menton, qui sont des

extensions de guerre de la place de Menton et dont les officiers ne touchent cependant pas l'indemnité de cherté de vie que touchent leurs camarades de Menton. On en arrive ainsi à cette situation paradoxale, c'est que Nice, Grasse, Antibes, Menton, Sospel, les forts de Nice, etc..., touchent l'indemnité de cherté de vie n° 3, alors que Cannes, Beaulieu, Cap d'Ail, Monaco, qui sont enclavés entre toutes ces places, ne la touchent pas. C'est contre cette anomalie que je vous demande de protester tant en mon nom personnel qu'au nom de camarades chargés de famille et pas de galons.

L'Intendance, lorsqu'on lui demande des explications à ce sujet, vous répond que la question est à l'étude et vous renvoie au ministre.

Mes camarades et moi avons adressé des demandes individuelles au ministre voici plus de six mois. Elles sont restées sans réponse.

Nous n'avons pas eu plus de succès en les renouvelant soit par la voie hiérarchique, soit par la voie directe. Je vous passe la main.

Réponse.

Nous soumettrons très volontiers vos très légitimes doléances à l'appréciation des autorités qui étudient la question au ministère, en les appuyant de tout notre pouvoir.

Les médecins mobilisés et leurs fils mobilisés.

Peut-on attirer l'attention du *Concours*, et le *Coucours* pourrait-il utiliser sa haute influence pour attirer celle des autorités compétentes, sur la situation des médecins mobilisés *ayant un enfant dans les Unités Combattantes* ?

Beaucoup de gens (surtout en France) ignorent qu'à l'heure actuelle il existe à l'avant des pères de famille (*non militaires de métier*), qui défendent le pays à côté de leur fils ; nous avons, nous, des enfants qui ont déjà pris la place de leur père tué à l'ennemi, et des pères de famille R. A. T. qui risquent leur vie chaque jour dans une tranchée voisine de celle de leur enfant.

Pour les médecins de complément, il n'a jamais été tenu compte dans leurs états de service de cette situation : un médecin qui a des enfants, filles ou garçons, petits ou grands, ces enfants seraient-ils ceux d'une veuve qu'il a épousée récemment, appartiendra à la même classe, aura les mêmes avantages qu'un médecin qui court les risques de la guerre à côté d'un ou plusieurs de ses enfants. Bien mieux, la mort de l'un d'eux le rajeunira d'une classe et pourra le maintenir à l'avant, s'il avait droit à rentrer à l'intérieur.

Ne pourrait-on pas s'intéresser à cette situa-

tion et tout au moins ramener *définitivement* à l'arrière les vieux médecins ayant un fils combattant ou au front?

Réponse.

1° Cette situation n'est pas uniquement réservée aux médecins. Nombre d'officiers de toutes armes et même d'hommes de troupes se trouvent dans le même cas. Il ne nous paraît pas possible de demander pour les uns un traitement de faveur dont les autres seraient privés ;

2° Le fils du médecin tué à l'ennemi, continue à valoir à son père le bénéfice du recul d'une classe pour son tour de départ, et les autres avantages résultant pour lui du nombre de ses enfants.

Le problème des affectations selon l'âge.

Le problème des affectations selon l'âge est double. Il y a d'abord celui des affectations à l'intérieur et puis celui des affectations aux Armées, c'est-à-dire à l'avant, car il y a avant et avant, occiput et sinciput.

La première partie du problème est résolue par la relève des vieilles classes et la solution en sera complète lorsque toutes les vieilles classes, c'est-à-dire lorsque TOUS les R. A. T. auront été définitivement affectés à des postes de l'intérieur, ce qui, nous l'espérons pour nos confrères, ne saurait tarder plus longtemps.

Mais la deuxième partie du problème, c'est-à-dire celle des affectations aux Armées, attend encore une solution définitive. Faute de précisions suffisantes, il y a ici un certain flottement dans les affectations selon que les circulaires sont interprétées soit isolément et à la lettre, soit dans leur ensemble et dans leur esprit. C'est pour cela que l'on voit encore de jeunes et parfois de tout jeunes médecins dans certains postes des Etapes et dans les ambulances d'armées ou de corps d'armée, tandis que des R. A. T. non encore relevés sont quelquefois affectés à des régiments par application trop à la lettre de certaines circulaires, ce qui, étant donnée l'organisation du Service de Santé, ses postes variés et multiples, et ses ressources, n'est plus admissible après 4 ans de guerre.

La règle suprême des affectations aux armées, règle stricte et précise, doit-être la formule de la Loi Mourier : *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière,* règle impérative, juste, logique, ne pouvant laisser place à aucune fausse interprétation.

D'après cette règle, les médecins R. A. T. encore présents aux armées doivent être tous affectés aux Etapes, il n'y a pas de doute possible. D'ailleurs, les affectations devraient être

faites *par classe d'âge*, en tenant compte de la nature des diverses formations. Aux formations stables et sédentaires d'Etapes les plus vieilles classes présentes aux armées ; aux ambulances et aux postes similaires, les classes moins vieilles ; aux régiments, les jeunes (active et réserve) Il devrait être entendu que les ambulances ne doivent pas servir de réserve de personnel, en tout cas en ce qui concerne les vieux médecins.

En ce qui concerne les Officiers d'Administration du Service de Santé, c'est chose faite, conformément à la note du G. Q. G. n° 22906 du 21 juillet 1917 qui peut se résumer ainsi (1):

1° A l'avant: active et réserve.

2° A l'arrière : territoriale.

3° A l'intérieur: R. A. T.

Pareille répartition peut-être ordonnée et effectuée immédiatement pour les médecins. Les chiffres sont là qui le montrent. En outre c'est juste à l'égard des R. A. T. dont la relève en cours a été suspendue (*provisoirement nous l'espérons*) au beau milieu de la classe 1892.

Nous demandons très respectueusement à notre distingué et dévoué sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé de l'ordonner.

X...

(1) D'après une nouvelle circulaire parue ces jours derniers, les officiers d'administration R. A. T. encore présents aux armées (classes 1896 et plus anciennes) doivent être relevés.

Les médecins coloniaux de carrière.

« Les médecins militaires de carrière, doivent être au front et dans les services de l'avant ».

Tel avait été l'objet d'une interpellation de M. Mourier à la Chambre des députés, en 1915.

M. Mourier est maintenant sous-secrétaire d'état à la santé. Tous ceux qui le connaissent apprécient sa valeur et son esprit de justice.

Nous nous permettons cependant de signaler que parmi les médecins de l'active, il existe une catégorie qui paraît se trouver en marge de tous les règlements : ce sont les médecins du service colonial. Ces médecins ont accaparé des services importants où ils jouissent d'une indépendance absolue. Après un court séjour au front ou dans quelque colonie les voici installés dans des postes inamovibles, où les ont casés définitivement leurs chefs directs et amis, les grands chefs du service colonial.

Ne serait-il pas possible de leur faire simplement subir la loi commune? Dr X.

Nous avons publié, dans notre numéro du 15 mai 1918, un article de notre excellent confrère et ami, le Dr Campinchi : *Les Revendications et les Intérêts des Médecins mobilisés.* Cet article qui correspondait à des idées émises dans le *Concours Médical*, idées dont on pourra poursuivre la réalisation après la guerre, devait être présenté à une Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France qui a dû être ajournée. Le Conseil d'Administration intérimaire de l'Union des Syndicats médicaux n'a pas discuté ce rapport et ses conclusions doivent, jusqu'à nouvel ordre, être considérées comme les idées personnelles de l'auteur. J. Noir.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Les mécontents ont-ils toujours tort?

Si les compliments et les encouragements d'un grand nombre de nos lecteurs ne nous font pas défaut, il nous arrive aussi d'être désapprouvés et critiqués. Nous avons publié en leur temps certaines de ces désapprobations et de ces critiques, afin de montrer publiquement que nous ne les redoutons pas, et que nous avons la ferme conviction d'être dans la bonne voie et de rendre service.

Hier encore, un de nos correspondants les plus sympathiques nous reprochait de faire une trop large place, en nos colonnes, à des plaintes, à des récriminations répétées qui n'avaient d'autre résultat, disait-il, que de discréditer le corps médical mobilisé aux yeux des profanes.

Expliquons-nous une fois de plus.

Les médecins mobilisés peuvent se diviser en trois grandes catégories, au point de vue de leur état d'âme.

Les uns sont à leur place, ou croient y être, — ce qui revient au même. Ils s'y trouvent bien et ne se voient aucun motif de réclamer contre leur sort.

Les autres, — ils sont peu nombreux, — quelle que soit leur situation, qu'elle leur plaise ou non, s'inclinent devant les ordres reçus et n'éprouvent pas le besoin d'appeler l'attention sur eux. Ils craignent volontiers de changer leur cheval borgne contre un aveugle. On dit que ce sont les plus sages : *contenti sua sorte.*

D'autres enfin, — ils sont légion, — ont ou croient avoir des raisons sérieuses de se plaindre du traitement qui leur est réservé. Ce sont ceux-là qui nous écrivent et dont nous publions les correspondances.

L'autorité ayant pris la peine de préciser les conditions qui devaient présider à l'affectation des médecins dans les différents services sanitaires des armées et de l'intérieur, ils trouvent étrange que ces conditions ne soient pas équitablement respectées partout, et qu'ainsi, les prescriptions ministérielles les concernant restent lettre morte ou à peu près.

Précisons : s'il est une formule unanimement approuvée par le médecin, c'est bien celle qui a commencé à mettre en faveur notre nouveau sous-secrétaire d'État, M. le Dr Mourier, et qui est le substratum même de la loi du 10 août 1917 qui porte son nom : LES JEUNES A L'AVANT, LES VIEUX A L'ARRIÈRE.

Or, que voulez-vous que pense un vieil aide-major de 40 ans et plus, employé comme médecin de bataillon, quand, au hasard de ses pérégrinations à l'arrière des lignes, il se rencontre avec des camarades infiniment plus jeunes que lui, occupant des postes incomparablement moins inconfortables et moins périlleux, sans qu'aucune raison valable motive cette anomalie?

Il nous fait les confidents de son désenchantement; il épanche son amertume dans les lettres qu'il nous adresse, et il nous accorde confiance pour que nous appelions l'attention du pouvoir sur de telles anomalies.

Et nous prétendons que nous remplissons notre rôle et notre devoir en accueillant des plaintes qu'il lui est, pour ainsi dire, interdit de porter devant ses supérieurs, et en les publiant avec toutes les garanties de discrétion nécessaire.

On ne vit pas de l'air du temps. Le médecin marié et père de deux enfants, qui n'a seulement que sa solde d'aide-major de 1re classe pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, se trouve dans une position qui est loin d'être brillante. S'il possède l'ancienneté requise pour passer au grade supérieur, qui lui apportera un supplément appréciable de ressources, il a parfaitement le droit de désirer un avancement qui comporte surtout un accroissement de solde.

Or, s'il piétine avec ses deux galons, pendant des ans et des ans, assistant, muet et impuissant, à la promotion de confrères plus jeunes que lui et ne semblant pas posséder de mérites supérieurs aux siens propres, comment voulez-vous qu'il n'éprouve pas une rancœur que nous trouvons parfaitement justifiée, et dont il nous fait part, parce qu'il sait, à n'en pas douter, qu'il trouvera auprès de nous bon accueil et réconfort?

On cite des médecins qui, simples infirmiers à la mobilisation, ont obtenu successivement un, puis deux, puis trois galons en moins de temps presque qu'il n'en faut pour l'écrire, sans avoir de titres supérieurs à tels autres, que nous connaissons parfaitement, et qui, possédant deux galons bien longtemps avant les autres, n'ont toujours que ces deux galons.

Nous sommes convaincus de rester dans notre rôle et d'accomplir notre devoir en les soutenant de tout notre pouvoir et en nous efforçant de plaider leur cause. Nous pouvons même dire que nous avons partiellement réussi à faire rendre justice à de vieux deux galons qui avaient tous les droits possibles à leur troisième ficelle.

Nous pourrions multiplier les exemples. Bornons-nous à ces deux principaux chefs de plaintes des médecins mobilisés.

Le corps médical s'est, dans son ensemble, dépensé sans compter ; il a fait très largement son devoir, son devoir de médecin, *qui n'est tout de même pas le même* que celui de l'officier de troupe.

Il a droit de compter sur une répartition équitable des charges et des avantages de la situation, compte tenu de l'âge et des obligations familiales.

Il ne demande évidemment qu'une chose, c'est précisément que l'équité inspire toujours les décisions de l'autorité, en ce qui concerne ses membres. Et si nous avons contribué, par nos efforts, et par la publicité que nous avons donnée à la correspondance de nos adhérents, à rendre cette équité plus générale et plus agissante, nous nous en félicitons.

L'historique du Service de santé et l'assimilation.

En lisant le *Concours Médical*, nous voyons avec plaisir que ce journal, auquel du reste aucun intérêt médical n'est étranger, fait de louables efforts à la recherche du Statut qui conviendrait le mieux aux médecins militaires.

Tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître que notre Statut actuel est détestable et que le service de santé, régi par un tel Statut, doit être supprimé.

Mais que doit être le nouvel édifice ?

Si nous comprenons bien la pensée du Concours, nous en dégageons une définition de la tâche professionnelle du médecin militaire qui englobe *uniquement* et à dessein la tâche du « praticien » la tâche du « docteur ».

Dès lors, il est évident que le médecin militaire n'a besoin ni de galons, ni de hiérarchie l'assimilant aux autres officiers. Il est certain de trouver dans la Société, et surtout militaire, du fait de sa profession, un rang très honorable, rang à coup sûr *préférable* à celui dont on lui fait hautainement l'aumône aujourd'hui en tant que militaire.

Mais, le médecin d'armée doit-il être seulement médecin ?

Ou bien, doit-il prendre en main le commandement, la direction et l'exécution du service de santé ?

Dans le premier cas, le service de santé est organisé, commandé et dirigé par des officiers non docteurs (il en a été ainsi jadis). Ces officiers représentent l'armée et, comme des pères de famille, appellent le médecin praticien à soigner et guérir ses malades et ses blessés.

Dans le deuxième cas, le service de santé considéré comme organisme, constitue un bloc homogène militaire : il est commandé et dirigé par le corps médical lui-même, investi des mêmes droits et des mêmes prérogatives militaires que n'importe quel officier des armes spéciales.

Nous proposons ces deux formules au choix du lecteur. A notre sens, il n'y en a pas d'autre; toutes celles qui s'en écarteraient constitueraient au point de vue militaire, un moyen terme analogue à notre organisation actuelle, dont le Statut a des effets déplorables sur le fonctionnement du service et sur la dignité professionnelle du médecin, toujours l'inférieur immédiat de ses égaux.

Entre ces deux formules, nous ne voulons pas trancher, mais nous demandons au *Concours médical*, souvent si libéral, d'ouvrir ses colonnes au résumé historique suivant qui, croyons-nous, est de nature à apporter une contribution scientifique à la solution rationnelle de l'évolution du service de santé.

HISTORIQUE DU SERVICE DE SANTÉ

Sans remonter jusqu'au grand ancêtre des chirurgiens militaires : Ambroise Paré, nous pensons pouvoir dire que le service de santé tient ses quartiers de Henry IV.

Les premières ambulances, organisées par Sully, parurent au siège d'Amiens en 1597. Les médecins y faisaient uniquement œuvre professionnelle. Ils n'avaient part ni à leur conduite, ni à leur administration ; ils n'avaient aucun rang. Sous Henry IV, ce fut merveille, les généraux eux-mêmes se firent soigner dans les ambulances.

Malheureusement, sous ses successeurs, l'appât du lucre eut, sur les soumissionnaires, des effets

déplorables : bientôt, les malades manquèrent de bouillon. Le régime des hôpitaux devint tel, qu'au dire de Turenne, les soldats aimaient mieux souffrir au corps de garde, « manger du pain et boire de l'eau que de s'y laisser porter. » — Le comte d'Argenson écrit en 1758 : « les hôpitaux sont dans un état si pitoyable que le cœur le plus dur en serait sensiblement touché ». Les médecins n'ayant ni grade, ni autorité, tenant en outre leur situation des entrepreneurs qui les payaient, ne pouvaient absolument rien contre cet état de choses.

Saint-Germain fut le premier émancipateur du corps médical militaire : il donna aux médecins des grades, un rang et un uniforme, ce qu'ils n'avaient pas auparavant et ce qui les exposait aux outrages des soldats. Il est bon ici de remarquer que nos archaïques mais élégantes désignations de major, aide-major, étaient autrefois des désignations communes avec celles d'autres officiers. Le corps d'état-major a longtemps détaché dans les régiments des « lieutenants aides-majors ».

Malgré les améliorations effectuées par Saint-Germain, le service sanitaire n'en est pas moins resté entre les mains de profanes ; les commissaires des guerres, d'abord, les intendants ensuite.

Pendant l'an II, il y eût une réaction contre les médecins ; la question de suppression de leurs grades fut posée par un commissaire acharné.

Pendant l'an III, la direction des hôpitaux fut donnée à des généraux réformés.

Pendant l'épopée Napoléonienne, le service de santé connut la gloire ou la notoriété avec Ladran, Petit, Louis, Lafaye, Lapeironie, Sabattier, Saucerotte, Percy, Desgenettes, Larrey, Broussais, Treille. Néanmoins, ces praticiens ne furent ni autonomes, ni maîtres de leur service, et demeurèrent sous les ordres de l'intendance. En 1870, l'ambulance divisionnaire était conduite par un sous-intendant.

Ce n'est qu'en 1882 que le service de santé reçut son autonomie et ma foi, le Statut de 1882 n'aurait pas été si mauvais, s'il avait été appliqué sincèrement, selon l'esprit de la loi.

La lettre tue : cette « lettre » fut l'assimilation. Nous croyons intéressant de noter que cette question d' « assimilation » est un fait historique d'ordre général dans l'armée.

Tous les corps spéciaux, à l'origine, ont connu l'assimilation.

Pendant 200 ans, l'artillerie ne fut même pas militarisée ; ses chefs restèrent des entrepreneurs ou des ingénieurs. Le génie ne fut longtemps qu'un service. Jusqu'en 1744, les officiers du génie restèrent en dehors de la hiérarchie principale, ou même restèrent des ingénieurs civils. Jusqu'en 1789, ils restèrent officiers sans troupe.

Plus récemment, les sections de chemin de fer de campagne furent organisées en service et leurs officiers assimilés. Même remarque pour la télégraphie militaire.

Pendant la guerre actuelle, on a créé le service automobile, les services téléphoniques avec ou sans fil du 8e génie ou des régiments. Ces deux derniers services sont en tout point analogues à ceux du chemin de fer ou du télégraphe. Or, fait curieux, il n'est venu à l'idée de personne d'édicter que les officiers seraient d'une hiérarchie à part.

Il nous semble donc, à considérer cette émancipation historique de certains corps et la constitution des nouveaux services, que si l'on avait à créer aujourd'hui le service de santé, on donnerait à ses cadres les grades de la hiérarchie générale, comme en Italie, en Angleterre, en Amérique. On repousserait du pied un Statut d'ancien régime comme le nôtre.

Néanmoins, nous ne concluons pas. Notre but est d'apporter à la solution du problème une contribution historique. L'histoire ne serait-elle pas le meilleur indicateur pour une évolution ?

Qu'il nous soit seulement permis de dire que notre conception de la « tâche professionnelle » du médecin militaire s'écarte sensiblement de celle du *Concours médical* et implique une spécialisation militaire (je ne dis pas administrative) à ajouter aux innombrables spécialisations d'ordre seulement médical.

Dr S. H.

Les Tuberculeux à l'armée.

I

C'est avec un bien réel intérêt que j'ai lu, dans le numéro du 15 mai 1918 du *Concours médical*, la très intéressante lettre que vous y avez publiée. « Les Tuberculeux dans l'armée, (I, pages 463 et 464), du Dr Meslier, ex-médecin en chef de l'hôpital de Barbezieux.

Je ne puis que souscrire sans réserve à toutes les idées qui s'y trouvent si justement exprimées et j'applaudis des deux mains en y lisant, notamment :

« Il n'y a qu'une seule solution à cette situa-
« tion déplorable pour la race, c'est le *diagnostic*
« *précoce* de la tuberculose au régiment et le
« renvoi rapide, dans sa famille, du soldat
« malade. . . . .
« ... *un tuberculeux guéri, récupéré, ne peut pas*
« *faire un soldat, ni dans les tranchées, ni à l'ar-*
« *rière, ni dans les usines.* Il doit être renvoyé
« chez lui... »

Ce sont, en somme, les préceptes mêmes du professeur Grancher.

Quand on aborde ces angoissantes questions, on doit donc toujours revenir, en fin de compte, à l'enseignement de mon maître, qui les a trai-

tées d'une manière si magistrale, si exacte, je dirai même si vécue ; et ses conclusions qui sont toujours vraies et le demeureront... au moins tant qu'on n'aura pas trouvé le sérum curatif de la tuberculose ou toute autre médication réellement efficace pouvant en tenir lieu, sont celles qui — l'expérience le démontre chaque jour davantage — finissent par s'imposer à l'attention de tout esprit non prévenu, comme de tout observateur attentif.

Le diagnostic PRÉCOCE de la tuberculose !!

Le professeur Grancher a passé son existence à plaider en sa faveur, tout en cherchant, trouvant et donnant les moyens de l'établir exactement et consciencieusement.

Ses travaux témoignent, à maintes reprises, de l'immense importance qu'il lui attribuait, au point de vue curatif et, par conséquent, social.

C'est ainsi que l'on peut lire dans son travail : « Première étape de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic précoce par l'auscultation » :

« *Attendre la présence du bacille* tuberculeux « (dans les crachats), c'est-à-dire, *en somme, la « présence de cavernules pulmonaires,* C'EST FAIRE « ŒUVRE MAUVAISE, c'est causer au malade un « immense préjudice, car *c'est rendre incurable « ou très difficile à guérir, une tuberculose curable,* « SI ELLE EUT ÉTÉ ANTÉRIEUREMENT RECONNUE. » (Pages 5 et 6).

et plus loin :

« ... quand j'ai écrit que la tuberculose est la « plus curable des maladies chroniques, *c'est « surtout à ces premières étapes du mal que je me « référais.* » (Page 12).

Qu'il me soit donc permis, dans l'intérêt de tout le monde, de notre beau pays, de notre valeureuse armée, des tuberculeux (militaires ou autres) et des médecins appelés à les reconnaître et à les soigner, de rappeler ce qu'il a écrit au sujet du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, comme il savait si bien le faire, d'une manière aussi exacte que complète et dans des termes ne laissant place à aucune équivoque :

« A cette date *de l'extrême début du mal,* les « vibrations, le son, l'expiration sont physiolo- « giques, au niveau du point malade. Seule « l'inspiration, je le répète et le répéterai « cent fois, est modifiée ; elle est plus rude ou « plus faible ou, en même temps, faible, rude et « saccadée, si on la compare à l'inspiration du « poumon opposé dans le point symétrique.

« Je dis que cette altération *de l'inspiration « seule,* quand elle est *permanente* et *localisée,* « suffit au diagnostic de tuberculose pulmo- « naire, surtout si elle s'accompagne, comme « c'est la règle presque constante, d'un léger « trouble de la santé : fatigue, pâleur, amaigris- « sement, fébricule, etc... J'ajoute que ce signe « constitue à lui seul, ce que j'appelle la *pre- « mière étape* de la tuberculose, pour opposer, à « dessein, ce mot et le fait qu'il représente à ce « qu'on appelle le *premier degré* classique. » (Pages 8 et 9). « . . . .

« Actuellement, la tuberculose étant sortie du « domaine médical, pour entrer dans le domaine « des questions sociales, ma méthode, qui « apporte avec elle un diagnostic aussi précoce « que possible et un signe physique aussi certain « qu'on peut le souhaiter, doit, sans conteste, « remplacer définitivement l'ancienne auscul- « tation.

« Ce qui revient à dire que *la première étape,* « constituée par un seul signe physique, l'*inspi- « ration anormale,* doit être substituée au *pre- « mier degré* classique, qui exige la réunion de « quatre ou cinq signes physiques. » (Page 13).

« . . . .

« La seconde étape a pour caractère d'avoir « *deux signes physiques* au lieu d'un. Ce second « signe physique est l'*augmentation des vibrations « vocales* perçues à la main ou à l'oreille.

« Cela veut dire qu'il *existe, en ce point du « poumon, non seulement des tubercules discrets, « mais aussi, autour d'eux, un état congestif, qui « augmente la densité pulmonaire.*

« Ces deux premières étapes de la tuberculose « ne livrent leur secret qu'à celui qui les « cherche.

« Il n'en est pas ainsi pour le premier degré « classique.

« En effet, deux signes nouveaux se surajou- « tent à ceux existant déjà et ces deux signes « sont d'une perception beaucoup plus facile et « relativement grossière. Ce sont *la submatité, « l'expiration prolongée.*

« Je les décris en même temps, parce qu'ils « sont presque toujours contemporains et asso- « ciés. Ils relèvent, en effet, du même fait phy- « sique : *la densification* du tissu pulmonaire « autour des bronchioles. Et ce n'est plus la « simple congestion pulmonaire, mais bien *la « conglomération de tubercules* dont il s'agit.

« Les médecins qui veulent ajouter à ces « quatre signes physiques de la première période, « un cinquième signe : les craquements secs, « sont vraiment trop difficiles, car ceux-ci sont déjà « le signe (lorsqu'ils sont d'origine pulmonaire « et non d'origine pleurale) d'un commencement « de ramollissement du poumon. On avouera « que c'est un peu bien tard, pour parler *de « premier degré,* puisque, en fait, c'est le com- « mencement de la fin dans l'évolution tubercu- « leuse telle que nous la connaissons. » (Page 24).

C'est pour avoir méconnu — volontairement ou non — ces données que nombre de médecins, de conseils de révision et de réforme ont, depuis bientôt quatre ans, finalement fait perdre à la France des milliers et des milliers de précieuses existences, dont elle a, cependant, tant


NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES & MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 320 gram 3f50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
GYNÉCOLOGIQUE
NÉOLIDES H.B
SOINS
DE LA FEMME
PRIX
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
TOXIQUE
GUILLAUME et HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren, Paris.

besoin ; car, ainsi que le disait si justement, il y a dix ans, à la Société médicale des hôpitaux, le Dr Faisans, médecin de l'hôpital Beaujon, et un des premiers élèves du professeur Grancher, « à « attendre la réunion de tous les signes, on perd « un temps qui peut être assez long et j'ai, « depuis longtemps, la conviction que le degré « de curabilité de la tuberculose est bien plus « en rapport avec l'âge de la maladie qu'avec « l'importance des lésions. » (*Bulletin Médical*, 22e année, n° 13, du mercredi 12 février 1908, page 144, colonne 3).

Plus que jamais, je ne puis que faire miennes, en les adoptant aux circonstances actuelles, ces lignes, toujours vivantes du professeur Grancher :

« *Pour combattre victorieusement la tuberculose « chez l'ouvrier,* » — et, ajouterai-je, chez le militaire, qui n'est au fond, qu'un ouvrier armé — « *il faut la devancer et non la suivre.* » (Le *Bulletin Médical*, 17e année, n° 19, du samedi 7 mars 1903 : Tuberculose pulmonaire et Sanatoriums, par le protesseur Grancher, pages 221, 2e colonne et 222, 1re colonne.)

Ainsi que je l'écrivais déjà il y a dix-huit mois, vouloir continuer à « chercher, aujourd'hui, « sous la pression des événements, à raccourcir « cliniquement la tuberculose et à amoindrir « socialement son importance, ce n'est pas l'en- « diguer, c'est la masquer, c'est augmenter, « bénévolement, sciemment, dans l'avenir, le « nombre *des décès — des incurables — des non- « valeurs;* C'EST DIMINUER DAVANTAGE ENCORE LA « VITALITÉ DE LA RACE, pour un profit militaire « immédiat, PLUS QU'ILLUSOIRE, source probable « de gros embarras ultérieurs. » (A propos des principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire », par les Drs H. Hamant et C. Souleyre, extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° du 16 décembre 1916, page 20).

II

S'ils ne l'étaient déjà, et depuis longtemps, le *Journal officiel* se chargerait d'édifier bien des médecins sur la manière dont la tuberculose pulmonaire et son traitement rationnel continuent à être compris, dans l'armée pendant la guerre.

En effet, le 12 février 1918, M. Maurice Viollette, député, demandait à M. le Ministre de la Guerre, en lui adressant la question écrite n° 20.533, « comment il se fait qu'à l'hôpital n° 10, « à ... un homme de la classe 1897, auxiliaire, « père de famille, trois enfants, soit conservé « depuis le 8 janvier 1917, alors qu'il est mani- « festement impropre au service et que le dia- « gnostic est : bronchite suspecte et très mauvais « état général. »

La réponse à cette question a été donnée dans le n° du *Journal officiel* du 24 avril 1918, page 3.589; la voici, dans son éloquente concision :

« Le militaire visé a été réformé le 22 fé- « vrier 1918, par un congé n° 2. »

Tout le monde sait que, en langage militaire, « bronchite suspecte » est synonyme de : tuberculose pulmonaire.

Si, depuis longtemps on ne nous avait habitués à ne nous étonner de rien quand il s'agit de tuberculose militaire, il serait véritablement inouï d'avoir à constater, par le fait même de la réponse ci-dessus reproduite, qu'il a fallu treize mois et demi au malheureux militaire tuberculeux, ci-dessus visé, pour être réformé, alors qu'il avait « un très mauvais état général », détail qui n'est que trop significatif au point de vue du pronostic.

Voilà donc où l'on en est encore en France, dans l'armée, au point de vue : tuberculose pulmonaire, au quarante-troisième mois de la guerre, alors que, d'autre part, on ne cesse de constater avec regret, parfois même presque avec terreur, les ravages de plus en plus nombreux que cause ce fléau dans les rangs de nos soldats. Voilà comment, dans notre pays, on continue à savoir profiter des leçons du passé.

Que l'on vienne à s'étonner en présence de pareils errements qui, sous une forme ou sous une autre, se reproduisent continuellement, à des milliers d'exemplaires, que nombre de médecins, dont je suis, pensent, de plus en plus, que le grand vainqueur de la guerre risque fort d'être, finalement, le bacille de la tuberculose !

N'est-ce pas le cas de redire, une fois de plus, avec le Dr E. Sergent, le distingué médecin de l'hôpital de la Charité : « Plus on ignore, moins on doute ! »

Et c'est vraiment faire preuve de l'ignorance la plus complète de ce que doit être le traitement rationnel utile de la tuberculose pulmonaire que de conserver pendant treize mois et demi, un soldat tuberculeux, dans un hôpital militaire, où sa santé n'a manifestement rien à gagner, bien au contraire; « il ne peut qu'être « ou devenir rapidement *un embarras* et *un « danger* pour tout le monde, *sans aucun profit « pour personne*, tandis que, rendu à la vie « civile, il peut, tout en se soignant — et ce sera « seulement alors qu'il pourra se soigner exac- « tement, convenablement et avec résultats — « rendre des services à sa patrie. » (Quelques réflexions sur la tuberculose pulmonaire dans l'armée pendant la guerre, par les Drs H. Hamant et C. Colbert. Le *Concours médical*, avril 1916, pages 145, 2e colonne et 146, 1re colonne.)

Dr HAMANT.

Les toubibs bouches-trous et les as blancs becs. (1)

Je suis sans doute d'une audace bien coupable, moi qui ne suis qu'une unité dans le « tas de gens » qui vont, pour quelques mois, retourner à la Faculté, d'oser prendre la défense de ceux que vous avez condamnés. Je vous en prie pourtant, *docteur, si votre rôle de « toubib bouche-trous »* vous en laisse le loisir, lisez ma réponse jusqu'au bout — avec indulgence.

J'ai dit avec indulgence : je comprends que j'ai grand besoin d'y faire appel, car vous vous montrez impitoyable pour vos confrères d'après-demain. Je devine que vous avez souffert du fait de la guerre et que les difficultés de votre situation de « toubib bouche-trou » vous ont un peu aigri. Mais est-ce là une raison suffisante pour méconnaître ce qu'a fait le tas de jeunes gens dont vous parlez avec tant de dédain? Je ne veux pas citer mes tribulations depuis août 1914 (parmi les carabins, beaucoup, impatients de servir leur pays se sont engagés, et je suis de ceux-là), les récits personnels sont toujours ennuyeux; je puis en revanche vous citer cent de mes camarades qui servent depuis trois ans dans l'infanterie ou dans l'artillerie. Vous aussi, docteur (vous nous avez fait l'honneur de nous l'apprendre) avez fait un an dans l'infanterie et deux ans dans l'artillerie. Mais... vous étiez médecin, c'est-à-dire officier et les autres sont encore simples soldats. Certes, devant le danger, officiers et soldats sont égaux, cependant il serait fou de nier que la situation de l'officier ne soit pas souvent un paradis à côté de celle du soldat. Cela, docteur, vous voulez l'ignorer.

Ce qui vous chiffonne aussi c'est de remplacer un blanc-bec. Certainement, votre âge, votre science professionnelle, votre ancienneté sous l'uniforme vous désignent pour être le « mentor », des carabins et, soit dit sans méchanceté, vous auriez peut-être compris l'utilité des cours à l'arrière si on vous avait accordé d'y assister. Malgré ces trois mois qu'on leur accorde, les jeunes étudiants sont encore à plaindre et leurs infortunes, depuis la guerre, sont comparables aux vôtres. Vous avez abandonné votre clientèle, oui, pour un temps; après la guerre vous pourrez immédiatement vous remettre à l'affût et les « blancs becs », étudiants à moustaches bientôt grisonnantes, suivront les cours de la Faculté pendant que vous reconquerrez votre ancienne clientèle. Votre famille? Eh quoi! docteur, n'avons-nous pas la nôtre aussi?

Mais arrêtons cette comparaison. Vous avez été dur pour vos futurs confrères. Je ne veux pas être méchant et puisque vous ne l'avez pas trouvée jusqu'à présent, je ne veux pas vous donner l'occasion de vous faire à vous-même un reproche.

« Il est tout à fait juste, écrivez-vous, qu'un étudiant à 12 ou 16 inscriptions obtienne son diplôme au plus vite. » Conclusion : quant aux P. C. N., aux étudiants à 4 ou 8 inscriptions, les mesures réparatrices (c'est le mot du ministre de l'Instruction publique) ne sont pas justes. C'est votre avis. Ça n'a pas été celui du ministre ni des gens compétents auxquels il n'a pas manqué de demander conseil. Il est vrai que les ministres ne sont pas « sans reproche ». Il me semble pourtant que simple soldat depuis août 1914, portant cinq brisques sur le bras et deux médailles sur la poitrine, je puis, en gardant le front haut, aller quelques mois à l'arrière, au risque de provoquer indirectement le déplacement provisoire d'un médecin d'ambulance. D'ailleurs, ce médecin, parce qu'officier, aura assez de moyens pour suppléer au manque de confort d'un poste de secours. Et nous, sans les cours de l'arrière nous serions condamnés à rendre moins de services à la Patrie parce qu'employés à des besogues qui ne nous sont pas familières et ensuite nous n'aurions jamais le dédommagement, si petit soit-il, que donne le plus modeste galon doré.

Encore un mot : vous dites, docteur, que les P. C. N. et les étudiants de 1re et 2e année de médecine n'ont qu'à rester à leur poste comme les camarades et frères d'armes artilleurs ou fantassins. Vous ignorez que beaucoup de P.C.N. sont effectivement artilleurs ou fantassins. Cette restriction faite, le conseil reste bon, vous êtes qualifié pour le donner, mais il vous manque une chose que vous me permettrez de vous dire, docteur, c'est de mettre ce principe en pratique, c'est d'accepter le poste de « toubib bouche-trou » si peu agréable qu'il soit, lorsqu'il vous échoit et ne pas faire retomber votre mauvaise humeur sur les carabins qui seront un jour vos confrères si la grande guerre les épargne. P.

(1) Réponse d'un étudiant à la lettre publiée dans le n° du 15 avril 1918, p. 363.

VISIONS DE GUERRE

Croquis de Roumanie.

Les automobiles sanitaires.

Sveltes et fines sur leur petit chassis, sans trêve, nuit et jour, elles parcourent les routes et les pistes avoisinant le champ de bataille. Au loin se reconnait aisément leur silhouette carrée de toile grise, barrée d'une croix de Genève dont l'extrême visibilité ne leur a pas toujours épargné les obus ennemis. Aménagées pour transporter chacune quatre blessés couchés, elles sont réparties en deux groupes. Le principal, « Regina Maria », fourni par l'initiative privée, sous l'impulsion de S. M. la Reine Marie, et à la direction duquel participe la Croix-Rouge française, emploie un personnel de volontaires qui fit

AVIS IMPORTANT

NOTRE PUBLICITÉ

Les lecteurs du Journal, toutes les fois qu'ils estimeront devoir prescrire un produit spécialisé, sont instamment priés de donner la préférence — lorsqu'elle s'accordera avec l'intérêt de leur malade — aux produits dont ils trouvent l'indication dans notre publicité et qui sont exclusivement français. Ils ne sauraient oublier le nom de ceux qui, par leurs annonces, nous apportent le moyen d'accroître l'action de prévoyance et de défense mutuelle inaugurée (et suivie avec un succès toujours croissant) par le CONCOURS MÉDICAL.

DEMANDES ET OFFRES

Nous prions nos abonnés de vouloir bien joindre un timbre à leur lettre lorsqu'ils correspondent avec nous au sujet des Demandes et offres.

N° 53. — Professeur désirerait accompagner dame ou jeune fille comme demoiselle de compagnie pour saison à Chatel-Guyon.

N° 54. — Banlieue de Marseille, à céder bonne clientèle, moyenne annuelle de 12 à 14.000 francs, fixe 2.500 francs environ. Petite indemnité à débattre.

N° 55.— Dr Renoul Loroux Bottereau, achèterait auto 6 à 8 HP, 2-4 cylindres 1re marque type récent ou nouveau remis à neuf. Demande de garantie et essai sérieux; indiquer marque et carrosserie.

Vendrait : 1° charrette anglaise légère presque neuve. 2° Car rocking-chair bon état sauf brancards. Capote neuve.

Achèterait : daviers américains, instruments petite chirurgie et menus instruments de trousse.

N° 56. Sage-femme diplômée ayant grande expérience des malades voudrait trouver place dans clinique ou maison de santé.

AVIS

Le Docteur St René Bonnet, médecin consultant aux eaux de Chatel-Guyon et définitivement rentré à Châtel-Guyon a l'honneur d'informer ses confrères qu'il y a repris ses consultations thermales suspendues depuis 1914.

Petite Correspondance

Dr X. à *Concours* :

Vous serait-il possible de me renseigner sur les deux points suivants : 1° J'ai sous-loué un appartement en février 1915 à un homme dégagé par son âge de toute obligation militaire. Puis-je le renvoyer? Puis-je augmenter son loyer? Il me paie régulièrement chaque mois.

2° J'ai un autre appartement où j'exerçais la médecine avant la guerre, dont le bail expirait fin septembre 1916. Combien de temps après la fin des hostilités pourrai-je conserver cet appartement aux conditions du bail?

Je n'ai pas payé de loyer depuis septembre 1914. De combien 0/0 pensez-vous que je puisse être exonéré? je ne paie aucun impôt sur le revenu, mes ressources pendant la guerre ne dépas-

Suite page XXIII.

La Bibliothèque et la Librairie du « Concours médical »

BROCHURES DIVERSES

L'Impôt sur le revenu : *Son application au revenu de la profession médicale,* par J. Dumesny, secrétaire de la direction du *Concours Médical.* Prix franco : 0 fr. 50.

Le Service médical des Mutualités : Ses défectuosités; le peu de garanties qu'il offre aux Sociétaires au point de vue de l'efficacité des soins, par le Dr Vimont. — Prix franco : 0 fr. 25 (par cent : 10 fr.).

Les honoraires médico-légaux et l'exercice de la médecine légale, par le Dr Lande, Franco : 0 fr. 25.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, Conseil judiciaire du « Sou médical » Prix : 0 fr. 20 franco.

Statuts-types d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles et **Comment doit naitre et vivre un Syndicat médical,** Les deux plaquettes Prix : 0 fr. 10, franco.

Vade-mecum du médecin dans ses interventions pour les accidents du travail régis par les lois de 1898-1902-1905 et contenant le Barème minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et les tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr G. Duchesne. revu et augmenté par J. Dumesny. Prix franco : 2 fr. 50.

Les accidents du travail. Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants droit, par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : 0 fr. 15 franco.

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs et tableaux d'évaluation d'incapacité permanente partielle, par le Dr Diverneresse. Prix : 1 fr. franco.

Les Bureaux d'hygiène, par le Dr Courgey. Prix : 0 fr. 50 franco.

Guide pratique de l'ouvrier victime d'un accident du travail, par MM. Bagnol et Tabary. Prix : 0 fr. 25 franco.

Les Médecins et la Mutualité, par le Dr Pierre Darin. Prix : 1 fr. franco.

Petit Code juridique et technique à l'usage des Propharmaciens, par le D G. Duchesne. Prix : franco : 0 fr. 25.

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les **accidents du travail.** Franco 0 fr. 75.

Tarif spécial minimum raisonné des honoraires médicaux (ancien tarif Jeanne, refondu et augmenté), vol. de 212 pages in-12 relié, franco 3 fr.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux, Mémoires de fournitures pharmaceutiques prévus par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête des instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces différents imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50	3 fr. »»	Les 500	21 fr. »»
Le 100	4 fr. 50	Les 1000	40 fr. »»

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix du médecin. Prix franco : les 50, 7 fr., le 100, 12 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 3 fr. 50 les 50, et 6 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires), **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires, au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront ce mémoire.

Ces Imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 3 fr. 50 les 50 et 6 fr. le cent.

Notes d'honoraires ordinaires

Notes d'honoraires d'un modèle spécial établies suivant les indications du Tarif Jeanne : Les 50, 3 fr.; le 100, 4 fr. 50; les 500, 21 fr.; le 1000, 40 fr.

Adresser les Commandes accompagnées du montant à M. C. BOULANGER, Administrateur du « Concours médical, » 132, Faubourg Saint-Denis, PARIS

preuve, lors de la dernière période de combats, d'un entrain et d'un courage demeurés légendaires. L'autre groupe appartient en propre au Service de Santé roumain.

Tout le service des évacuations de l'avant repose sur ces petites voitures. Elles seules peuvent assurer le transport rapide des blessés aussi bien sur les centres chirurgicaux situés tout à fait à l'avant que sur les formations de seconde ligne : car en maints endroits du front, notamment dans la vallée du Sireth qui fut le théâtre des plus durs combats, l'ennemi occupe des observatoires avantageux qui restreignent l'usage de la voie ferrée. Le fonctionnement des automobiles sanitaires se trouve, lui aussi, gêné de ce fait mais, quand il s'agit d'un transport de grands blessés sur le centre opératoire le plus proche, on passe outre. Seul, les glissements de centre à centre, moins urgents, s'effectuent de nuit.

Les difficultés que rencontrent parfois ces évacuations, pratiquées sous les yeux de l'ennemi, le récit suivant permettra de se les imaginer.

On a décidé de transporter quarante blessés couchés du centre de P., surnommé dans le secteur « l'usine chirurgicale », à la petite ville de T., distante d'une trentaine de kilomètres et située sur la rive opposée du S... Des arrivages de blessés frais sont en effet prévus pour le lendemain et il faut faire de la place.

A 22 h. 30, dix voitures viennent se ranger contre les hangards qui constituent la formation. Les blessés sont chargés. Devant me rendre à T., je prends place à côté d'un chauffeur — et l'on part.

La nuit est noire, et comme la route se trouve en vision directe de l'ennemi pendant les deux premiers tiers du trajet, il est absolument interdit d'allumer les phares. La première partie du chemin s'effectue sans encombre, par la grand-route à une vitesse réduite afin que soit épargnée aux blessés toute souffrance inutile. Les voitures se suivent à intervalles de 30 mètres et, aux croisements, la voiture de tête s'arrête afin de permettre au chef de détachement de se rendre compte si tout son monde est là. Mais on est parvenu à 1.500 mètres des lignes ennemies et voici qu'un factionnaire interdit d'emprunter plus longtemps la route que les trous d'obus sillonnent et que coupe d'ailleurs un système de défense récemment établi. Il faut donc passer par une piste en arc de cercle tracée sous les pins et par laquelle nous rejoindrons la route au pont jeté sur le fleuve.

Alors commence une randonnée fantastique. Sur cette piste à peine indiquée, qu'il serait déjà pénible de parcourir en plein jour, les petites voitures s'insinuent; sautant de trous en trous, descendant et remontant un bas fond pour éviter un ponceau rompu, franchissant sur des troncs d'arbres une tranchée de repli, devinant dans la nuit le passage dans un réseau de fil de fer pour s'y précipiter. De temps à autre, afin de guider la marche, la voiture de tête projette une lueur, vite éteinte de son phare. Et les autres voitures suivent, collant chacune à la silhouette imprécise de la précédente, épousant les multiples sinuosités de son parcours, préoccupées seulement de ne pas perdre la file.

On arrive enfin au pont, ou plus exactement à la série de ponts sur lesquels on franchit le fleuve et ses marécages. Là, c'est de nouveau la route, très carrossable. Mais c'est aussi une zône que l'ennemi bombarde régulièrement, chaque nuit, dans l'espoir de contrarier les ravitaillements. A toute allure, cette fois, on passe, on gravit la falaise abrupte qui domine le fleuve et, quelques centaines de mètres plus loin, à l'abri de tout danger probable, on s'arrête pour faire l'appel. La file est au complet. Spécialement construites pour ces parcours qui tiennent du steeple bien plus que du tourisme, grâce à leur souplesse et à leur robustesse, les dix petites voitures ont suivi : et l'excellence de leur suspension a évité toute souffrance aux blessés, comme en témoigne l'absence de gémissements.

Trois quarts d'heure plus tard, nous sommes à T... Les trente kilomètres du trajet ont été couverts en deux heures.

Musique.

Une vaste pièce, aux murs élevés tapissés de vieilles étoffes rares et précieuses, épaves de la splendeur de Bucarest : à profusion, du feuillage, des fleurs ; masqué par la verdure, un éclairage discret qui entretient une pénombre propice — c'est ici, dans le salon de la princesse C..., réfugiée de Iasi, que tout à l'heure le maître Enesco va se faire entendre.

Une assistance de choix : diplomates dont le comte de Saint-Aulaire, hommes politiques et personnalités artistiques de Roumanie, officiers alliés, et enfin, entourée de ses dames d'honneur, S. M. la Reine Marie, qui, en compagnie du prince héritier et de la princesse Elisabeth, vient chercher dans ces auditions musicales un court répit au dur labeur qu'elle s'impose quotidiennement, à visiter les blessés et les malades ou à se consacrer à la direction de ses œuvres charitables.

Isolés les uns des autres par l'agencement des canapés et des fauteuils, les groupes se sont formés. Dans un coin de la pièce, la reine tricote un ouvrage de laine : à ses côtés, la maîtresse de maison, droite sur sa chaise à haut dossier, semble quelque châtelaine des légendes d'autrefois, tandis qu'à ses pieds, telle un page, est assise une jeune fille de son entourage.

Violon en main, Enesco est debout auprès du piano. Un silence profond règne. Eclairée seule-

ment par deux bougies proches, la face de l'artiste prend un relief saisissant. Son vaste front bombé, ses cheveux rejetés en arrière, l'expression pathétique de sa physionomie, tout cela, joint à sa haute taille, le fait apparaître comme un apôtre de la Musique. Il joue. Alors il en devient le Dieu. Successivement il interprète le poème symphonique de Chausson et la Sonate de César Franck. La largeur, la pureté du style s'allient à la plus émouvante des sonorités. Sous l'accent poignant de l'instrument qui semble venir de l'âme, tout ce qui est étranger à la musique, les difficultés, les tristesses de l'heure présente, toutes ces misères ont disparu. Enesco nous a emportés sur les ailes de la mélodie dans un monde lointain, idéal, où rien que de très pur, de très beau n'existerait...

Il joue encore, maintenant au piano. Et c'est là que son génie musical éclate dans toute sa splendeur. Pour lui, l'instrument ne garde pas plus de secrets que le violon. Il en connaît toutes les ressources : certains effets de pédales notamment sont des trouvailles imprévues. Sous ses doigts, le clavier vibre avec l'ampleur d'un orchestre que parfois vient renforcer, à bouche fermée, la voix. Ainsi se succèdent les plus beaux passages de la Tétralogie, enchaînés de façon à constituer une audition en raccourci de l'œuvre de Wagner, de cette œuvre gigantesque que, malgré la haine sacrée que nous avons tous au cœur contre nos féroces adversaires, nous ne pouvons nous empêcher d'admirer dans cette monstruosité même qui est caractéristique de tout ce qui émane d'eux — génie parfois, fourberie et sauvagerie le plus souvent, sans aucun doute.

Nous venons de vivre une heure, hélas ! trop courte, et nous en conserverons longtemps un souvenir reconnaissant au grand artiste vers lequel va d'autant plus volontiers notre chaude sympathie qu'il se double d'un francophile ardent et d'un homme de cœur universellement aimé, dont ceux qui souffrent ne cessent, depuis le début de la guerre, d'apprécier l'inépuisable charité.

Dr A. MOLNIA.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et réponses militaires.

21529. — M. Hubert Rouger, député, demande à M. le ministre de la guerre si le grade supérieur ne pourrait être conféré à titre de récompense des services rendus aux médecins de complément lorsqu'ils sont démobilisés en raison seule de la limite d'âge. (*Question du 4 avril 1918*).

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.* 19 mai 18).

Circulaire ministérielle N° 6070 du 8 mai 1918.

Port de l'uniforme des officiers en congé sans solde ou hors cadres.

Il m'a été signalé que des officiers en congé ou hors cadres se présentaient, en tenue, dans les bureaux et services des différentes administrations pour y traiter d'affaires industrielles et commerciales, pour le compte d'intérêts particuliers.

Cette manière de faire présente de graves inconvénients.

En conséquence, les officiers en congé ou hors cadres ne seront pas autorisés à porter l'uniforme dans l'accomplissement de leur profession industrielle, commerciale, financière, libérale ou manuelle.

Je vous demande de vouloir bien porter cette décision à la connaissance des intéressés et de veiller à sa stricte exécution.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(*Suite* [1])

L'axe de l'organisation nouvelle : le dispensaire antituberculeux.

Qu'est-ce donc qu'un dispensaire antituberculeux ?

C'est un organisme assez simple et assez complexe à la fois : assez simple en ce sens qu'il ne nécessite pas des frais considérables d'extérieur, et assez complexe parce qu'il est le centre d'un tout qui possède de multiples ramifications.

D'abord, c'est un centre par où passe obligatoirement le tuberculeux pauvre qui veut se soigner. Son rôle est donc, en premier lieu, de prendre l'observation du malade. Celui-ci est examiné et classé : malade d'hôpital, il est dirigé sur le quartier spécial ; malade qui peut largement profiter d'une cure d'air, il est envoyé dans un sanatorium ; malade qui peut être soigné chez lui, il est assisté.

Il est suivi dans son milieu sur lequel on enquête. Le logement est-il mauvais? On en cherche un meilleur dont on prend une part à

(1) Voir n° 11, du 1er juin 1918, p. 517.

Petite Correspondance *(suite)*

—

sant pas le maximum non imposable. Y a-t-il avantage à m'arranger à l'amiable? Le loyer annuel est de 1.000 francs.

Réponse. — 1° Les locations et sous-locations faites postérieurement à la mobilisation ne font l'objet d'aucune disposition spéciale dans la loi du 9 mars 1918 sur les loyers. Vous avez donc le droit, en principe, de donner congé à votre locataire ou d'augmenter son loyer en observant, bien entendu, vos conventions et les usages locaux en matière de location.

2° En ce qui concerne le bail de l'appartement où vous exerciez vous-même la médecine, il peut être prolongé, si vous le désirez, d'une durée égale à celle des hostilités, en avertissant votre propriétaire, comme vous êtes vous-même mobilisé, dans le délai fixé par la loi après la fin des hostilités.

Quant à la détermination de la partie de votre loyer que vous pourrez avoir à payer, elle sera faite, conformément à la loi, par la Commission arbitrale. Nous vous conseillons, si vous n'avez pas un propriétaire trop dur, d'essayer de vous entendre avec lui à l'amiable.

Dr P. à *Concours.* — Les honoraires médicaux dûs pour soins donnés pendant la dernière maladie sont privilégiés ; mais passent-ils en première ligne, même avant le propriétaire?

Réponse. — Le privilège du médecin pour les frais de la dernière maladie vient, d'après l'article 2101 du Code civil, en troisième rang, après les frais de justice et les frais funéraires.

Cependant, le privilège du bailleur sur le prix des objets meublant la propriété louée passe avant celui des frais de dernière maladie.

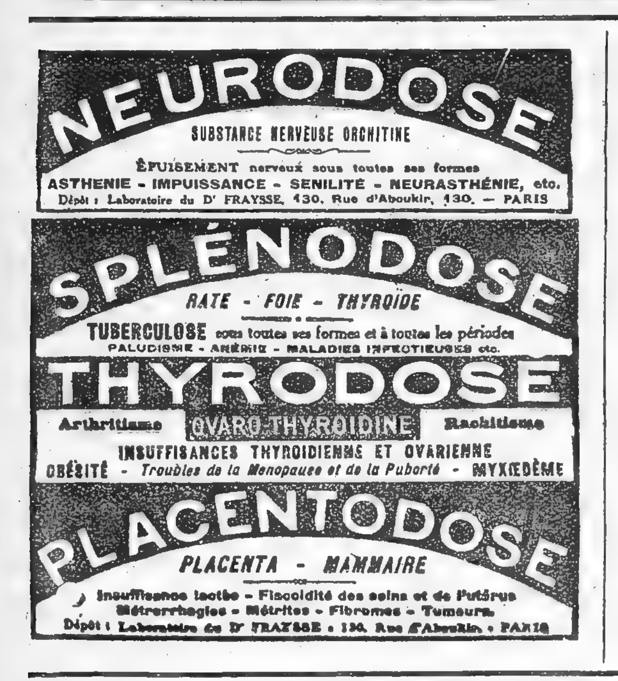
Dr B. à *Concours.* — Un certain nombre de mes clients me demandent des certificats pour supplément de sucre ou de pain.

J'en délivre lorsque le motif me paraît légitime en mentionnant simplement que l'intéressé est malade sans certifier le genre de maladie.

Ces certificats sont-ils passible du timbre?

Réponse. — Il résulte de deux lettres émanant de la

Suite page XXV.



NEURODOSE
SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE
ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHENIE - IMPUISSANCE - SENILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS
SPLÉNODOSE
RATE - FOIE - THYROIDE
TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.
THYRODOSE
Arthritisme
OVARO-THYROIDINE
Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - Troubles de la Ménopause et de la Puberté - MYXŒDÈME
PLACENTODOSE
PLACENTA - MAMMAIRE
Insuffisance lactée - Flaccidité des seins et de l'utérus
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE - 130, Rue d'Aboukir - PARIS

charge, sous forme de secours de loyer. La maison est-elle malpropre? On la fait nettoyer; on la transforme en une maison habitable. Si le malade a des enfants, une famille, on s'occupe de celle-ci; les enfants sont examinés; s'il le faut, on peut les envoyer à la campagne (œuvre Grancher). On veille à ce que les règles de prophylaxie soient rigoureusement observées. On fait l'éducation du malade; on lui apprend ce qu'il faut faire pour éviter aux siens la contagion.

On distribue des crachoirs et ce qu'il faut pour les désinfecter; on prend le linge dans des sacs; ce linge est désinfecté puis blanchi par les soins du dispensaire. C'est dire que le malade est surveillé; il est visité assez souvent; on lui distribue des bons d'aliments, etc. De temps à autre, il fréquente la consultation du dispensaire; il est soumis à un examen médical d'où lui viennent les directions.

Le dispensaire comprend donc un service médical, un service de *visites*, d'assistance, d'enseignement et un service de désinfection du linge. C'est ainsi qu'est construit le dispensaire Laënnec.

Et celui-ci possède, en outre, des galeries de cure bien exposées, où les malades du dehors peuvent venir : ceux-là prennent au dispensaire leurs repas; ils ne retournent que le soir au logis.

Le dispensaire vise donc l'éducation et la prophylaxie; il apprend aux malades à se soigner en se soignant : il s'efforce de leur faire vivre un système de vie conforme à leur état de malades

Le dispensaire de Laënnec procède de cet esprit et c'est sur ces bases que fut créé le premier dispensaire antituberculeux par Calmette, à Lille. A Liège, une œuvre semblable fut fondée, mais qui se bornait à la simple besogne éducative; le médecin du dispensaire ne donnait aucun médicament; il se bornait à des conseils d'hygiène. Les malades continuaient donc à être soignés par leur médecin habituel. Le dispensaire les surveillait, éduquait, conservait le contact, mais distribuait très rarement quelques secours en nature.

A côté du médecin qui donne les directives, le dispensaire comprend, en effet, des moniteurs d'hygiène, visiteurs ou visiteuses dont le rôle consiste à instruire, à conduire, à guider le malade et son entourage, à faire « appliquer » les prescriptions données.

Cet instructeur s'efforce de faire comprendre la technique des soins à donner aux tuberculeux; il agit suivant les ordres reçus du médecin et signale à celui-ci ce qui peut lui être utile. C'est lui qui met en œuvre l'assistance si le malade a besoin de celle-ci.

Chaque malade du dispensaire a donc son dossier médical et social; cela permet aussi d'aider, à Paris du moins, à établir le dossier des maisons qui ne remplissent pas les conditions de salubrité demandées.

Après l'essai du dispensaire L. Bourgeois et Laënnec.

Ce plan de lutte antituberculeuse qui repose sur le dispensaire avait donc été avant la guerre, adopté par l'Assistance publique et même en partie réalisé dans les faits, sous la forme du dispensaire Léon Bourgeois, à Laënnec.

La Ville de Paris et le Conseil général se disposaient à développer ce système : la Ville et le département seraient divisés en un certain nombre de circonscriptions sanitaires et au centre de chacune d'elles serait un dispensaire. Le Conseil municipal avait adopté des résolutions dans ce sens en décembre 1913, en ajoutant un vœu sur la surveillance sanitaire du lait, la suppression des tueries particulières, etc.

Ainsi, avant la guerre, la lutte antituberculeuse était engagée dans cette voie nouvelle, sérieuse, mais coûteuse aussi. Elle devait, pour réussir, s'appuyer sur de grosses puissances de finances, ou sur l'Etat, et cet appui l'Etat l'aurait difficilement donné.

***

PENDANT LA GUERRE

La tuberculose faisait des ravages dans l'armée avant la guerre : on le savait.

La guerre a beaucoup servi ce plan de lutte antituberculeuse qui, sans elle, serait encore á l'état de projet, peut-être soumis aux Chambres; non pas que la tuberculose ait été ignorée de l'armée avant la guerre. Elle était l'objet d'études et celles-ci, d'ailleurs, s'aiguillaient dans les mêmes directions que les projets de la Commission permanente. On se souvient même que, spéculant sans doute sur la paix, certaines sociétés de la Croix-Rouge se préparaient à la lutte antituberculeuse. Une maison de convalescence pour les tuberculeux avait été fondée à Tonnay-Charente par l'Union des Femmes de France; et, à Paris même, avaient été fondés quelques dispensaires dans le but de créer des infirmières.

La tuberculose faisait, en effet, de sérieux ravages dans l'armée; et là encore, on avait surtout cherché, non pas à soigner pour préserver, mais à isoler. Les casernes restaient sales et souvent malsaines; la vie des soldats, souvent peu conforme aux principes de l'hygiène : en huit années, la tuberculose avait fait éliminer 30.000 hommes de l'armée (Honnorat).

C'est en connaissance de ces faits que M. Honnorat avait proposé, au moment du vote de la loi de trois ans, un amendement déclarant que « les militaires réformés, au service actif, pour affections bacillaires ouvertes, ne pourraient être renvoyés dans leurs foyers avant d'avoir été l'objet de soins suffisants, pour réduire les dangers de contamination qu'ils présentent, à moins qu'ils ne justifient d'être en mesure de suivre, à leurs frais, un traitement approprié. »

On s'aperçoit en décembre 14 qu'elle en faisait pendant la guerre.

Il était donc à prévoir que la guerre, par les fatigues qu'elle engendre, multiplierait les cas de tuberculose ; c'est d'ailleurs sans doute, pourquoi l'Administration n'avait rien prévu.

Ce n'est que six mois après le début de la guerre que l'Administration militaire s'occupa des tuberculeux Elle apprit, à ce moment-là (31 décembre 1914) qu'un certain nombre de tuberculeux se trouvaient dans les hôpitaux; et ce n'est que le 12 avril 1915 que l'on se préoccupa (conformément à certaine circulaire du 10 février 1904) de séparer les cracheurs de bacilles des autres malades. La guerre avait accru considérablement le nombre des tuberculeux et dépassé les prévisions de Landouzy qui craignait de voir, en 1915 et 16, se déverser sur le pays quelque 20.000 tuberculeux! En juillet 1916, d'après Landouzy, le nombre de soldats réformés pour tuberculose dépassait 100.000.

***

Orientation vers le plan de médecine sociale : Les stations sanitaires.

La Chambre des Députés adoptait, le 2 avril une nouvelle résolution présentée par M. Honnorat, invitant le Gouvernement « *à prendre des mesures nécessaires pour qu'avant l'envoi dans leurs foyers les militaires susceptibles d'être réformés, en tant que semeurs de germes, reçoivent les soins suffisants, d'abord pour parer aux accidents immédiats de leur maladie, et ensuite, pour leur donner une éducation antituberculeuse assurant la sécurité de leurs familles.* »

(*A suivre*).

Chronique des accidents du travail.

La progression géométrique des incapacités permanentes.

Un accidenté du travail est atteint de cinq infirmités différentes, et l'expert les estimant à 4 % les ajoute les unes aux autres pour en faire un total de 20 %.

Il les apprécie donc suivant une *progression arithmétique;* or, suivant nous, il faut les apprécier suivant une *progression géométrique.*

C'est qu'en effet chez une personne atteinte de plusieurs infirmités, chacune de ses infirmités non seulement s'ajoute les unes aux autres, mais elles se compliquent, *s'aggravent mutuellement.*

Par exemple voici un ouvrier qui a son index ankylosé. Il a de ce fait 10 % d'incapacité ; mais son médius acquiert une souplesse supplémentaire: du reste, escompté par l'expert, il fait d'abord fonction de médius, mais il fait donc aussi en supplément fonction partielle d'index.

Si cet ouvrier perd dans un autre accident son médius, celui-ci qui ne vaudrait aussi que 10 % chez un ouvrier ayant son index, vaut en réalité ses 10 % comme médius ordinaire, et en outre 5 ou 6 % en plus comme médius faisant à la fois fonction de *médius* et *d'index supplémentaire.*

Il est donc bien certain qu'un ouvrier atteint de 5 incapacités de 4 % a perdu au total plus de 20 % de sa valeur industrielle.

Et au lieu de l'estimer suivant une *progression arithmétique* de $4 + 4 + 4 + 4 + 4 = 20$, il faudrait dire:

Première infirmité, 4 %.

Deuxième infirmité, 4 % ajoutés aux 4 % de la la première = 8 % + 2 % de répercussion sur la première = 10 %.

Troisième infirmité, 4 % à ajouter aux 10 % des deux premières = 14 % plus 3 % de répercussion = 17 %.

Quatrième infirmité, 4 % à ajouter aux 17 % des trois premières = 21 % plus 4 % de répercussion sur les trois premières = 25 %.

Cinquième infirmité, 4 % à ajouter aux 25 % des quatre premières = 29 % plus 5 % de répercussion sur les quatre premières = 34 %.

DIVERNERESSE.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions. — Le Conseil prononce l'admission, sous réserve des publications statutaires, de MM. les Docteurs :

3964. — Roulleau, de Niort (Deux-Sèves).
3965. — Duchateau, de Cléry (Loiret).
3966. — De Cougny-Préfeln, de Relizane (Oran).
3967. — Guillaume (Paul), de Nice (Alpes-Maritimes).
3969. — Hassan-Refik, de Paris.
3960. — Leclerc (Emile), de Rennes (Ille-et-Vilaine).
3970. — Lévy (André), du Cannet (Alpes-Maritimes).
3971. — Guillaumat, de Paris, 146 *bis*, rue de Rennes.

Accidents du Travail. — Le cumul. — L'avocat du défendeur dans l'affaire actuellement soumise à la Chambre civile de la Cour de cassation a produit un long mémoire où il accumule les arguments en faveur de sa thèse, opposée au cumul. Le Dr Diverneresse est d'avis que le corps médical doit répondre, en la personne du demandeur, par une argumentation aussi détaillée et aussi topique, combattant la thèse adverse. Il propose de confier la rédaction de ce travail au Dr Molinéry, auquel il apportera le concours de son expérience et de sa documentation.

Le Conseil accepte cette proposition.

Le Dr Diverneresse propose en outre de refaire un tirage, corrigé et considérablement augmenté, des conclusions sur le cumul.

Il en est ainsi décidé.

— Me Gatineau présente au Conseil le texte d'un jugement d'appel rendu en faveur du cumul par le Tribunal civil de la Seine, et infirmant un jugement du XIe Arrondissement de Paris, qui avait entériné le rapport d'un médecin expert défavorable au cumul.

Ce jugement intéressant, obtenu après plaidoirie de Me Gatineau, sera publié avec commentaire.

— Le Conseil regrette de ne pouvoir accorder l'appui pécuniaire pour déférer à la Cour suprême de nouvelles décisions rejetant le cumul, notamment des jugements rendus en dernier ressort par des juges de paix. La solution d'un nouveau pourvoi interviendrait, en effet, au plus tôt en même temps que celle du pourvoi en cours depuis déjà plusieurs années, dont il est question plus haut. Ce serait donc une dépense inutile.

Action contre la Compagnie d'assurances. — Par arrêt du 31 décembre 1917, la Chambre civile de la Cour de cassation a cassé un jugement du Tribunal civil de la Seine, du 2 décembre 1913, qui repoussait la demande formée par le Dr B., contre la Compagnie « L'Urbaine et la Seine », assureur du patron, en paiement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail. Dans sa demande, le Dr B. avait expressément déclaré qu'il entendait exercer, à l'égard de la Compagnie, les droits du patron, son débiteur, en vertu de l'article 1166 du Code civil.

Le jugement a été cassé par défaut de motifs, le Tribunal de la Seine ayant fait une confusion entre la créance du médecin contre l'ouvrier et celle qui lui est conférée contre le patron par l'article 4 § 4 de la loi du 9 avril 1898.

L'affaire est renvoyée devant le Tribunal civil de Corbeil et sera suivie, comme elle l'a été jusqu'à présent, aux frais du « Sou Médical ».

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué d'une provision de cent francs.

Application du tarif médico-légal. — Sur un recours formé par le Dr C. avec l'appui du « Sou Médical », le Conseil d'Etat a, par arrêt du 19 avril 1918, jugé que le mot « opération », employé par le décret de 1893 ne s'appliquait qu'en cas d'intervention chirurgicale et non à l'examen des organes par inspection, auscultation ou palpation, avec ou sans le secours d'instruments destinés uniquement à permettre au médecin de formuler un diagnostic.

Le Conseil ordonnance le remboursement des frais payés pour l'enregistrement de l'arrêt rendu dans cette affaire.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Le relèvement du tarif de l'A. M. G. en Seine-et-Marne.

Mitry-Mory, le 3 mai 1918.

Puisque vous avez bien voulu publier dans le *Concours*, « à titre d'exemple », ma lettre collective aux Conseillers généraux de Seine-et-Marne, concernant une demande de *Relèvement du Tarif* de l'Assistance médicale gratuite dans notre département, j'ai le devoir — et le plaisir — d vous communiquer la lettre que vient d m'adresser M. le Préfet de Seine-et-Marne, en réponse à une nouvelle lettre que je lui avais envoyée afin de fixer les résultats pratiques du vote du Conseil général dans sa session d'avril, vote favorable à ma demande. La voici :

Monsieur,

« En réponse à votre lettre du 29 avril dernier, j'ai l'honneur de vous faire connaître que le Conseil général a donné satisfaction à la demande que vous avez présentée.

« Par suite l'abonnement se trouve porté à 3 francs par inscrit et l'indemnité kilométrique à 0 fr. 80. Ce nouveau tarif pourra être appliqué aux mémoires présentés à partir du second trimestre de l'année courante. »

Veuillez agréer, etc...,

Le Préfet
DAUTRESMES.

C'est *exactement* ce que j'avais demandé, ni plus, ni moins.

Certains confrères, à la suite de la lecture du *Concours*, m'avaient écrit pour me dire (je ne parle pas des lettres d'approbation et de félicitations reçues également) que je n'avais pas assez demandé, que c'était insuffisant, etc... Permettez-moi de leur répondre, par la voie du *Concours*, par ces quelques considérations :

1° Depuis 4 ans bientôt que nous sommes en guerre, *aucun* confrère — mobilisé ou non — n'avait encore tenté la moindre démarche pour obtenir une augmentation quelconque. Et ce sont des non mobilisés qui songent à me faire des reproches à moi, qui ne fais que rentrer des armées.

2° L'*abonnement* est porté de deux à trois francs soit **50 %** d'augmentation. L'*indemnité kilométrique* est portée de 0 fr. 50 à 0 fr. 80 soit **60 %** d'augmentation.

3° Ce taux n'a été demandé par moi qu'après « sondages » et études contradictoires. Réclamer davantage aurait été, j'en étais prévenu, courir au-devant d'un échec — peut-être *complet*.

4° Mieux vaut tenir que de courir, même avec assaisonnement de grands principes et de phrases grandiloquentes.

5° Je me suis toujours efforcé d'être un « réalisateur ». Cette fois encore, je viens de réaliser un progrès, modeste, sans doute, mais qui vaut encore mieux, ce me semble, que le *néant* de ceux qui n'avaient encore rien tenté et n'ont trouvé de facile... que la critique.

D'ailleurs, mon cher ami, je suis persuadé que vous ne serez pas étonné de ces critiques là, dont vous ne connaissez l'œuvre que trop. Notre récompense n'a toujours été que dans le résultat acquis. Elle est suffisante.

Dr DECOURT.

AUTOMOBILISME MÉDICAL

La Voiturette du Médecin après la guerre.

Pour se transporter rapidement le plus économiquement possible et par tous les temps au domicile de ses malades, il importe d'avoir un moyen de locomotion sur lequel on peut compter. Laissons, pour mémoire, la voiture attelée qui nécessite un domestique, qui coûte de ce fait aussi cher que l'auto, qui ne va pas assez vite et qui devient tout à fait insuffisante dans les clientèles à grand rayon. Eliminons également la motocyclette, utilisable seulement par beau temps, fragile, inconfortable et fatigante.

La voiturette automobile restera donc, après la guerre, l'instrument de travail idéal du médecin à la campagne. Mais le choix du type en sera difficile, car les conditions nouvelles, particulièrement dures, exigeront que ce type soit à la fois simple et pratique, rapide, confortable, solide, très bon marché d'achat et très économique d'entretien.

La Simplicité. — Une mise en marche douce et facile, des organes bien apparents, commode à vérifier et à entretenir, *rapidement démontables et interchangeables*, permettront de supprimer l'onéreux chauffeur. La panne de pneus, la seule vraiment commune, devient un jeu d'enfant avec la roue métallique supplémentaire de secours.

La Rapidité. — Contentons-nous d'une moyenne de 30 kilomètres à l'heure, c'est amplement suffisant : la vitesse est le grand facteur de l'usure des pneus.

Le Confortable. — Pas de luxe, mais une voiture souple et bien suspendue; arrêtons-nous à la 4 cylindres. Le médecin doit toujours se présenter très propre chez son malade : la capote avec rideaux de côte et pare-brise protège suffisamment, le coupé conduite intérieure ordinaire étant trop lourd et trop coûteux. *En série*, peut-être pourrait-on créer un modèle de *carrosserie extra-légère* à prix beaucoup moins élevé.

La Solidité. — La voiturette trop légère est fatalement peu résistante. Un moteur 6 HP sur une voiturette à 2 places, pesant environ 400 kilos en ordre de marche, est un minimum qu'on ne peut guère réduire. 3 vitesses permettront de monter les côtes les plus dures. Au-delà de cette force et de ce poids, c'est déjà la petite voiture.

Le Bon Marché d'achat n'exclut pas la bonne qualité des matériaux ni la construction soignée, si l'on peut fabriquer *en grande série un type uniforme* très étudié et bien mis au point. On doit pouvoir réaliser une petite merveille dont la vente considérable permettra un modeste bénéfice. D'autre part, la suppression de l'intermédiaire, trop souvent parasite, allègera considérablement encore le prix d'acquisition. Pour 3 à 4.000 francs, il semble qu'il sera possible d'acheter une excellente voiturette munie de tous les accessoires.

Enfin, *les frais d'entretien* seront réduits sensiblement, toutes ces conditions une fois réunies. On consommera 6 à 7 litres d'essence aux 100 kilomètres. Un pneu de 700 × 75 fera en moyenne 8 à 10.000 kilomètres. Mais ce n'est pas tout. Il reste une question très importante à étudier : *la Réparation.* Avant la guerre, la moindre réparation nécessitait, outre des heures longues et coûteuses de mécanicien, l'immobilisation prolongée de la voiture.

Le travail de montage, ajustage et remontage revenait souvent beaucoup plus cher que le prix d'un organe important. *La Simplification extrême* du mécanisme, *la fabrication en grandes séries des pièces détachées*, la constitution chez chaque mécanicien d'un *stock* toujours renouvelé de ces pièces ou de leurs assemblages complets interchangeables paraissent être les vrais remèdes à ce grave inconvénient. Plus de perte de temps et, grâce à la perfection industrielle actuelle, au système série tel qu'il existe dans certaines maisons américaines, la pièce neuve coûtera souvent moins cher que le raccommodage.

Il faut rechercher avant tout le côté pratique et économique.

En résumé, la voiturette 6 HP, 4 cylindres, carrosserie fermée extra-légère, 2 places, 3 vitesses, roue métallique de secours, ne dépassant pas 30 kilomètres de moyenne, à mécanisme simplifié, à modèle unique fabriqué en grande série, vendue directement par l'usine, réalise le véhicule professionnel idéal du médecin. Les pièces de rechange et organes assemblés qu'on trouvera chez son mécanicien éviteront les ennuis de la lente réparation. Si l'on table sur les prix d'avant-guerre, amortissement compris, la dépense d'une telle voiturette ne doit guère dépasser vingt centimes au kilomètre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie THIRON et FRANJOU
transférée provisoirement
*à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arr*t*)*
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Petite Correspondance (*suite*)

—

direction de l'Enregistrement, des Domaines et du Timbre, publiées par le *Concours Médical*, n° du 1er janvier 1918, page 45, qu'on doit considérer comme exempts de timbre les certificats délivrés par les médecins en vue d'assurer aux consommateurs privilégiés (malades, enfants et veillards) les cartes supplémentaires de ravitaillement auxquelles leur état leur donne droit. »

« Toutefois, cette immunité ne peut leur être appliquée que s'ils indiquent par leur contexte ou par une mention spéciale, le but en vue duquel ils sont délivrés ».

Dr P. à *Concours*. — Pouvez-vous expliquer comment l'impôt de patente, supprimé comme impôt d'État, persiste comme impôt départemental et communal ?

La part de la commune et du département étant, je crois, calculée à tant de centimes additionnels par franc, comment l'administration s'y est-elle prise pour compter tant par franc d'une *somme qui n'existe plus ?*

Réponse. — L'impôt des patentes a été supprimé en tant qu'impôt d'État : mais les parts des communes et du département persistent jusqu'à nouvel ordre. Aussi les centimes additionnels sont-ils calculés d'après les rôles anciens et cet impôt, vous devez l'acquitter (comme tous les autres d'ailleurs, hélas).

Dr M. à *Concours*. — Seriez-vous assez aimable de me dire si la même loi, le même tarif doit être appliqué dans les accidents agricoles (le même que dans les accidents du travail) ?

Si la distance doit se calculer pour les accidents travail de mairie du médecin à ferme du blessé (ce qui dans mon cas particulier ferait 6 kilom.) ou de mairie à mairie (ce qui dans ce même cas en ferait 8) ?

Réponse. — Dans les accidents agricoles, ce n'est pas le Tarif Dubief, qu'il y a lieu d'appliquer, mais le Tarif ouvrier local.

Pour l'application du Tarif Dubief, l'indemnité de déplacement est calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé (article 8 du Tarif) sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la situation du domicile du médecin ni du domicile du blessé.

Service Vaccinal du CONCOURS MÉDICAL

fonctionnant sous le contrôle de l'État.

PRIX	Tube de pulpe pour 5 vaccinations	1 fr.
	Grand tube pour plus de 15 vaccinations	2 fr.
	Etui de 6 petits tubes..................	5 fr.
	Lancette spéciale toute nickelée	4 fr.
	Vaccinostyles cannelés, la boîte (carton) de 100..	5 fr.
	Vaccinostyles cannelés, la boîte (métal) de 20 ...	1 fr. 25
	Porte-vaccinostyles maillechort, la pièce........	0 fr. 80
	Petits porte-vaccinostyles en acier trempé, les 10	0 fr. 80

Adresser les Commandes avec le montant en *un mandat*, à Monsieur C. BOULANGER, administrateur du *Concours Médical*, 132, Faubourg Saint-Denis, Paris.

L'Uraseptine est le spécifique des affections vésico-rénales

URASEPTINE ROGIER,
19, Avenue de Villiers
PARIS

Echantillons gratuits sur demande
à MM. les Médecins
et aux hôpitaux militaires.

ELECTRARGOL

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE

A PETITS GRAINS — EN SOLUTION STÉRILE ET STABLE

L'**ELECTRARGOL** présente sur l'argent colloïdal chimique les avantages suivants : Extrême ténuité des grains et activité toujours égales, pureté absolue, maximum de pouvoir catalytique et d'activité physiologique et thérapeutique.

Ampoules de 5 cc. (6 ampoules par Boîte). — ***Ampoules de 10 cc.*** (3 ampoules par Boîte).
Flacons de 50 et de 100 cc. — ***Collyre*** en Ampoule-compte-gouttes de 10 cc.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Toutes **MALADIES INFECTIEUSES** sans spécificité pour l'agent pathogène.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 1333

Injection Clin Strychno-Phospharsinée

Injection Clin n° 596	Glycérophosphate de soude	0 gr. 10	par centimètre cube.	*Boîtes de 6 et 12 ampoules de 1 c.c.*
	Cacodylate de soude	0 gr. 05		
	Sulfate de strychnine	1/2 milligr.		

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle et constante, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques. *Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine* **qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique** et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

Tonique général du système nerveux, reconstituant, antianémique

NEURASTHÉNIE, ÉTATS d'ÉPUISEMENT et de DÉPRESSION NERVEUSE, ASTHÉNIE POST-GRIPPALE, CONVALESCENCES de Maladies Infectieuses, INTOXICATIONS

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-St-Jacques — PARIS 454

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 13 — 1er JUILLET 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

AVIS

Les membres de la MUTUALITÉ FAMILIALE sont avertis que leur cotisation est majorée de 20 centimes par cent francs, les nouvelles taxes restant à la charge des sociétaires.

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

DEMANDES ET OFFRES

N° 57. — Calvados. Bon poste à prendre par suite de décès. Arrangements faciles avec la veuve.

N° 58. — Très beau bureau de médecin avec livres, spéculum, outils de chirurgie, microscope à vendre. Monsieur Roger, 12, Avenue de l'Asile, St-Maurice (Seine).

N° 59. — On échangerait machine à écrire, bon état, ayant peu servi contre bonne bicyclette homme ou dame, ayant peu roulé. Docteur A. R., chez M. Charles Thierry, 18, rue Tiquetonne, à Paris.

N° 60. — Médecin 58 ans, ayant exercé pendant 30 ans, cherche poste de tout repos, seul médecin, dans chef-lieu canton ou forte commune, centre.

Suite page XIX.

Quarantième année · N° 13 · 1er Juillet 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Méfions nous des engouements : A propos de la cure de la tuberculose 579

Partie Scientifique.

Clinique chirurgicale.
La tarsalgie des adolescents 581

Revue des Sociétés Savantes.
L'encéphalite léthargique épidémique. — Magnésie et cancer. - Accidents produits par la piéride des choux. — Rupture de la trachée par éclatement d'obus. — Survie du cœur des vertébrés. — Lois du traitement des luxations congénitales de la hanche. — Intoxication arsénicale par arsénobenzothérapie. — La dyspepsie des rapatriés. — Cancer primitif du poumon. — L'hémiplégie paludéenne. — Applications générales de l'huile soufrée. — Anesthésie rachidienne et locale 585

Hygiène alimentaire.
A propos du pain : Commerce et biologie. 591

Notes d'un médecin du front.
Comment guérir de la peur. 592

Thérapeutique appliquée.
Pouvoir anticonvulsif du chlorure de Ca en synergie avec les hypnotiques 596

Bibliographie 596

Notes de pratique quotidienne.
La sciatique. — Pansement des plaies atones. . . . 597

Correspondance.
Les médecins inaptes à faire campagne. — Chacun à sa place ?.. Jugez-en ! — L'union des médecins mobilisés contre l'administration. — Un danger pour l'après-guerre. — L'indemnité de vie chère. — Les médecins peuvent-ils obtenir des permissions agricoles. 599

Partie Médico-Militaire.

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Les études et les étudiants mobilisés. — Nos futurs confrères : une réclamation légitime d'étudiants en médecine qui demandent à être envoyés au front. — Démilitarisation de la médecine. — Relève et répartition des médecins 605

Documents officiels.
Les médecins auxiliaires rapatriés comme sanitaires 614

Partie Professionnelle.

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les syndicats médicaux 614

Chronique des accidents du travail.
Le tarif Dubief et les médecins de campagne. — 615

Entr'aide confraternelle 622

Nécrologie. 622

PROPOS DU JOUR

Méfions-nous des engouements. A propos de la Cure de la Tuberculose.

Les journaux ont annoncé qu'un savant professeur italien avait découvert un moyen très simple de guérir la tuberculose. Aussitôt, tout un lot de publicistes bien intentionnés ont pris le mors aux dents et fait feu des quatre fers. Comment donc se faisait-il que cette méthode curative ne fût pas déjà plus connue en France ?

Pourquoi le Gouvernement n'intervenait-il pas et n'obligeait-t-il pas les médecins à se servir de cette thérapeutique efficace ?

Ces manifestations d'impatience, nous les avons vu naître et renaître dans la presse vingt fois au moins depuis trente ans.

Qu'arriverait-il des malheureux malades si le Corps médical cédait à l'opinion ; si le praticien, faisant bon marché du *doute scientifique*, acceptait sans contrôle suffisant d'appliquer les méthodes curatives qui, bien que parfois présentées par des hommes éminents, n'ont pas encore fait définitivement leurs preuves ?

Nous ne sommes pas de ceux qui veulent décourager les chercheurs. Si nos Universités étaient organisées selon notre désir, des laboratoires de recherches seraient largement mis à la disposition de ceux qui voudraient se livrer à ce genre d'investigations, et d'importantes dotations leur permettraient de se consacrer tout à fait et sans souci des besoins de la vie quotidienne, à la poursuite du progrès.

Mais nous ne saurions adopter sans réserves et sans sérieux contrôle les découvertes même des plus savants. Nous savons avec quelle facilité l'inventeur s'autosuggestionne, avec quelle bonne foi il se laisse aller à prendre ses désirs pour des réalités. Combien sont rares les vrais hommes de science, ceux qui, comme Jenner et Pasteur, doutent longtemps de l'efficacité de leurs propres découvertes !

***

Le Dr Pangloss croit avoir trouvé le sérum curatif d'une maladie. Il y a longtemps travaillé ; son labeur récompensé a donné lieu à quelques intéressantes observations qu'il a soumises à des maîtres compétents. Ceux-ci l'ont accueilli avec bienveillance et ont apprécié ses recherches. Il a reçu d'eux des

encouragements. Le Dr Pangloss est un travailleur, mais n'est pas un véritable savant. Il n'est pas imbu de cet esprit critique qui met en garde les chercheurs contre les décevantes illusions; il est persuadé qu'il a atteint l'objet de ses rêves. Les encouragements des maîtres deviennent pour lui le critérium d'une découverte. Certains amis l'engagent à la prudence et lui conseillent d'attendre, de contrôler les résultats. Pour Pangloss, ce sont des jaloux qui veulent l'empêcher de récolter le fruit de son labeur.

Pangloss confie son secret à un ami journaliste. Aussitôt, ce dernier s'enthousiasme et, d'autant plus facilement, qu'il n'y comprend rien. Il veut rendre service à ce camarade qu'il sait laborieux et qu'il a toujours cru sérieux. Il pond un article : *Un fléau social vaincu. La guérison des incurables.* Il est tant de malheureux désespérés qui attendent la découverte avec une lueur d'espoir, qu'une avalanche de lettres s'abat aux bureaux du journal. On demande l'adresse du grand savant qui a fait une si belle découverte. On réclame, on exige à n'importe quel prix le remède secret qui doit guérir :

« Té ! Té ! se dit l'homme d'affaires qui est si souvent à la tête d'un journal, il y a là une mine à exploiter. Nous gagnons déjà beaucoup en vantant les pilules Y et les produits de l'abbé Z, pourquoi ne lancerions-nous pas le sérum du Dr Pangloss ? » Et le Dr Pangloss se laisse convaincre ; d'ailleurs, il a foi en la valeur de sa découverte et il trouve tout à fait normal qu'elle le conduise à la fortune.

Petit à petit, l'argent qui coule à flots, submerge ses scrupules s'ils surviennent tardivement. Après tout, il vend lui aussi de l'espoir comme tous les marchands d'orviétan, et pour les malheureux incurables le prix de cette denrée n'est jamais trop cher.

***

Notre devoir à nous, médecins praticiens, n'est pas de juger *a priori* des choses que nous ne connaissons pas, ni de traiter de charlatan tel chercheur dont nous ignorons les travaux, mais nous devons, tout en nous bornant à avouer notre incompétence, tout en disant que nous ne pouvons apprécier des procédés de traitement de nous inconnus, mettre en garde nos clients contre les engouements hâtifs et les découvertes non contrôlées, surtout si elles sont lancées avec fracas par la grande presse.

Vers 1890, j'étais externe chez le professeu Cornil. Soudain arriva d'outre Rhin la nouvelle d'une grande découverte. Koch, le gran bactériologiste, l'inventeur du bacille tuberculeux, avait trouvé le remède de la phtisi Le Kaiser, qu'on prétendait personnellemen intéressé, avait ordonné d'expérimenter e grand la précieuse lymphe.

Grand émoi parmi les savants français! I fallait se procurer de la lymphe à tout pri Nombreux furent ceux qui firent dans ce bu le voyage de Berlin. Le Pr Cornil, grâce à s réputation méritée de grand savant et peu être aussi à son mandat de sénateur et à so influence politique, obtint qu'une petite quantité du merveilleux produit, lui fût envoyé par voie diplomatique, et, avec la collaboratio de quelques-uns de ses élèves qui sont depu devenus des maîtres, il tenta avec une extrêm prudence des injections de lymphe, diluée des doses vraiment homéopathiques. Les malades se disputaient les lits du service d Laënnec.

Des hommes de science réputés ne craignirent pas de réclamer pour leurs propr enfants une place à l'hôpital, car le Pr Corni avec un scrupule bien légitime, ne voula pas distraire une goutte de la précieu lymphe pour un usage autre que celui de so service hospitalier.

Nous, les jeunes externes, passions d journées entières à l'hôpital, à prendre l températures, à rédiger les observations, noter les moindres symptômes. Le maît nous avait promis récompenses et médaill et, sans cela, notre curiosité était au pl haut point éveillée.

Les résultats ! on ne tarda pas à l connaître. Les effets de la lymphe fure terrifiants et désastreux. Un discrédit tr grand suivit la déception. Et cependant découverte de la tuberculine était réellem quelque chose tant au point de vue scienti que qu'au point de vue pratique.

Depuis trente ans, nous avons assisté pl de vingt fois en petit à ce que fut en grand faillite de la lymphe de Koch. Et notre exp rience nous engage à être prudents et à n méfier des engouements, surtout quand c'e la grande presse qui les provoque.

J. Noir.

La relève de la classe 1892 est en cou voir p. 610.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-malades :

M. le professeur Kirmisson

La tarsalgie des adolescents.

La tarsalgie des adolescents est une affection caractérisée par l'affaissement de la voûte plantaire, la déformation du pied en valgus, et des douleurs. Cette affection a été bien décrite par Gosselin, dans son ouvrage sur les maladies chirurgicales des adolescents, ouvrage dans lequel il explique la tarsalgie par une théorie dont une expérience personnelle très longue m'a conduit à admettre le bien fondé.

Gosselin part de ce fait que, chez un certain nombre de sujets, la voûte plantaire est insuffisante. A l'état normal, le pied prend ses points d'appui au sol par le talon, par la partie interne de la tête du premier métatarsien et par le bord externe du pied. Or, il arrive que la voûte ainsi constituée se trouve insuffisante, soit congénitalement, soit pour des motifs de race, ou des motifs de fatigue. Est-ce que ce pied plat est, par lui-même, un état réellement pathologique ? Nullement. Vous verrez nombre d'individus porteurs de pieds-plats qui n'en sont pas moins d'excellents marcheurs, travailleurs des champs, chasseurs, etc. Une infinité de personnes habitant la campagne ont une voûte plantaire affaissée, sans en être incommodées. Certaines races sont plus sujettes à cette déformation. Tandis que les originaires du Midi, des Pyrénées, ont une voûte du pied bien développée, en général, les originaires des régions de l'Est offrent un nombre beaucoup plus grand de pieds plats.

Cet état ne saurait donc rentrer, à proprement parler, dans les processus pathologiques. Cependant il arrive, dans un certain groupe de cas, sous des influences dont je vais vous parler, que ce pied plat simple s'exagère, se déforme, et passe à un deuxième degré, de pied plat valgus.

Vous m'entendez dire journellement que le point essentiel, dans la marche, est que le pied soit dans ses rapports normaux avec l'axe de la jambe. L'axe en question tombe sur le deuxième métatarsien ou entre le deuxième et le troisième métatarsiens. Je repète volontiers, soit à cet hôpital, soit dans mes fonctions militaires, que toutes les fois où le pied n'a pas ses rapports normaux avec l'axe du corps et l'axe de la jambe, la marche est défectueuse.

Il arrive donc que des sujets porteurs de pieds plats voient se surajouter à l'affaissement de leurs voûtes plantaires, une déviation du pied en dehors, un valgus. Vous arrivez ainsi à un deuxième degré de la déformation, degré fréquent, dont vous aurez une idée en venant suivre la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu.

Les individus arrivés à ce degré sont dans une incapacité plus ou moins complète de travailler. Cependant, ici encore, la marche reste possible. Puis, à un moment donné, on passe au troisième degré de la lésion, au pied plat valgus douloureux. Ce pied, qui était seulement gênant, devient le point de départ de douleurs, qui *empêchent alors tout* travail.

A quoi tiennent ces phénomènes douloureux ? En 1865, au cours d'une épidémie de choléra, Gosselin eut l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une jeune fille qui était atteinte de tarsalgie, terme synonyme de pied plat valgus douloureux. Il constata l'existence d'une arthrite de l'articulation médio-tarsienne, de l'articulation astragalo-scaphoïdienne particulièrement. Gosselin attribua, dès lors, les douleurs aux altérations articulaires. Je considère cette théorie comme exacte, sous condition que l'on n'attribue pas le début de la maladie à l'arthrite. C'est le pied plat qui commence, suivi de valgus, et les douleurs sont la conséquence des tiraillements perpétuels, de l'entorse chronique dont l'articulation médio-tarsienne est le siège. J'ai pu étudier moi-même ces arthropathies, au cours d'interventions chirurgicales, en pratiquant l'opération d'Ogston. Ogston, vous le savez, est un chirurgien d'Aberdeen, qui s'est occupé beaucoup des déformations osseuses, l'Ecosse, terre classique du rachitisme, étant un centre d'études important pour ces affections. J'ai donc pu examiner, chez des tarsalgiques, des têtes astragaliennes ré-

séquées. Le cartilage y est très aminci, offrant des lésions semblables à celles de l'arthrite sèche, lésions d'usure et de frottement. L'examen histologique montre un fendillement de la surface fondamentale du cartilage (étudié sous le nom d'altération velvétique) et une usure, une raréfaction des cellules cartilagineuses. Au point de vue clinique, Lorenz a donné une démonstration élégante de ces troubles d'arthrite. En pratiquant dans l'articulation intéressée une injection anesthésiante de cocaïne, il a vu disparaître les contractures douloureuses.

Ajoutez à cela que la tarsalgie se produit toujours dans les mêmes circonstances. C'est une maladie des adolescents, comme l'ongle incarné, etc. Nous en voyons tous les jours à la consultation d'orthopédie, et elle apparaît chez des jeunes sujets de 13, 14, 15 ans. Les enfants, qui ressortissent de nos soins hospitaliers, en effet, vont généralement à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans. Ils entrent alors en apprentissage, sont placés comme apprentis, garçons bouchers par exemple, font sans cesse des courses longues et chargées, et surtout restent d'une manière prolongée dans la station debout. C'est, effectivement, beaucoup plus le stationnement debout que la marche qui cause la tarsalgie. Quand nous marchons, les muscles entrent en action. Les muscles sont les véritables ligaments qui maintiennent la voûte plantaire. C'est ainsi que le nouveau-né, chez qui la contraction musculaire n'intervient pas, a le pied plat, comme il a aussi d'ailleurs une colonne vertébrale rectiligne. On croirait volontiers que les os ont la préséance sur les muscles. Il n'en est rien et, en réalité, ce sont les muscles qui façonnent les os. Ce sont aussi des agents de constitution des difformités.

Quoiqu'il en soit, vous voyez donc ces jeunes apprentis venir au bout de six mois ou un an, étant atteints de pied plat valgus douloureux. Tout d'abord, le repos de la nuit apporte un certain soulagement au petit malade qui continue, dans ces conditions, son travail. Un jour arrive où la tarsalgie devient irréductible.

L'affection atteint plus particulièrement le pied gauche. Le membre inférieur gauche est, on le sait, le membre de la station debout, celui sur lequel vous verrez le plus fréquemment, pour ce motif, les difformités que causent ce stationnement.

L'âge du malade joue aussi un rôle. C'est à cet âge que l'ossification se parachève, conditionnant une circonstance à noter.

Ce que je viens de vous dire explique pourquoi la tarsalgie, affection commune dans la classe pauvre, se rencontre très rarement dans la classe aisée, où les enfants ne sont pas soumis au stationnement des jeunes apprentis.

Voici une petite malade atteinte d'un double pied plat valgus douloureux qui présente quelques particularités. Tout d'abord, contrairement à l'habitude, la déformation est plus développée à droite qu'à gauche. En outre, l'affection a commencé ici à 9 ans, ce qui n'est pas la règle non plus. Vous savez que je divise l'enfance en 3 périodes : la première enfance qui va de la naissance à l'âge de 5 ans ; la deuxième enfance, qui s'étend de 5 à 13 ans ; et l'adolescence, qui débute à l'âge de 13 ans. Eh bien, je le répète, la tarsalgie est une affection de l'adolescence. Je n'en ai jamais vu d'exemple dans la première enfance. Je me rappelle, à cet égard, un [illegible] instructif. Il y a déjà assez longtemps, un médecin vint un jour me montrer sa fillette, enfant de trois ans atteinte de déformation du pied. Ne sachant pas ce que je sais aujourd'hui, je dis à mon confrère qu'il s'agissait de pied plat valgus (cela en était un, en toute apparence) et je conseillai le port d'un appareil. Quelques semaines après, l'enfant me fut représentée, avec un pied un peu rouge au niveau de la tubérosité du scaphoïde. Pensant que cette rougeur était causée par la pression du tuteur de l'appareil, je recommandai de modifier ce tuteur en le arquant. Quelque temps plus tard, nouvelle visite. La partie rouge du pied était devenue violacée, froide, et nous nous trouvions en présence d'une ostéite tuberculeuse. Voilà ce qu'est le pied plat valgus douloureux de la première enfance : c'est de la tuberculose. A cet âge, la tarsalgie ne s'observe pas.

Poncet a voulu ranger cette affection, comme beaucoup d'autres, dans la tuberculose. Pour Poncet, la scoliose, le genu valgum, le pied plat, le lipome, l'ulcère de l'estomac, etc., sont des lésions du domaine de la tuberculose. J'ai beaucoup discuté les idées de M. Poncet, et je lui ai demandé d'en faire la preuve. La tuberculose est une maladie trop répandue pour que la simple coexistence avec elle d'un état morbide puisse avoir un

intérêt étiologique quelconque. Pour démontrer qu'une maladie est de nature tuberculeuse, il faut y trouver des follicules tuberculeux, et faire des inoculations au cobaye, avec résultat positif. C'est ainsi, comme je vous le disais dans une récente leçon, que l'on a établi l'origine tuberculeuse de l'arthrite sèche de l'épaule (carie sèche de Volkmann). Pour la tarsalgie, nous ne trouvons rien de tout cela, malgré le nombre assez considérable de sujets tarsalgiques, de 40, 45 ans, et plus, que nous voyons, à l'Hôtel-Dieu par exemple.

Je vous ai indiqué la marche de l'affection, allant du pied plat au valgus, aux douleurs, aux déformations. Dans la suite, les douleurs passent, se calment, faisant place à la déformation pure et simple, à l'ankylose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Quant au traitement, il est variable suivant les cas. Au début, on peut se contenter du repos. Gosselin, avec son grand bon sens, l'avait déjà remarqué. Rappelez-vous le rôle du stationnement debout, dont je veux vous citer encore un exemple. Je voyais un jour, à ma consultation d'hôpital, un gardien de la paix atteint de tarsalgie. Cet homme, qui vivait auparavant à la campagne, était porteur de pieds plats depuis sa jeunesse. Il avait pu, sans inconvénient, exercer la profession de cultivateur et faire son service militaire. Il vint donc à Paris et entra dans le corps des gardiens de la paix. Six mois plus tard, le stationnement professionnel avait créé chez lui une tarsalgie irréductible.

On essaiera donc le repos, le repos au lit. Chez certains, il suffit à faire disparaître les douleurs et les contractures. Chez d'autres, la chloroformisation est nécessaire pour arriver à réduire la déformation.

Il faut, alors, maintenir le pied par des chaussures spéciales. Je fais porter des chaussures orthopédiques et non des semelles seulement. Les semelles des chaussures seront surélevées en dedans et le talon sera également surélevé au niveau du bord interne du pied. Les chaussures en question, complétées de contre-forts latéraux, ne seront jamais des souliers, mais toujours des bottines. Vous pouvez joindre, chez les jeunes gens, au port de ces chaussures orthopédiques, du massage et une gymnastique spéciale pour développer les muscles. On dira au sujet de se tenir, à cet effet, sur la pointe du pied, à cloche-pied, de soulever un poids avec le pied, etc.

Chez certains sujets, dont la déformation est notable, on pourra faire l'opération de Ogston qui consiste à enlever des coins sur la tête de l'astragale et sur le scaphoïde, et à ramener les deux os dans une direction convenable. C'est là, à la vérité, une opération d'exception.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'encéphalite léthargique épidémique. — Magnésie et cancer. — Accidents produits par la piéride des choux. — Rupture de la trachée par éclatement d'obus. — Survie du cœur des vertébrés. — Lois du traitement des luxations congénitales de la hanche. — Intoxication arsénicale par arsénobenzothérapie. — La dyspepsie des rapatriés. — Cancer primitif du poumon. — L'hémiplégie paludéenne. — Applications générales de l'huile soufrée. — Anesthésie rachidienne et locale.

M. Netter signale à l'*Académie de médecine* l'apparition, à Paris, de cas d'*encéphalite léthargique épidémique.*

L'encéphalite léthargique, sorte de maladie du sommeil *nostras*, a été signalée en Italie et en Hongrie, au printemps de 1890, sous le nom de *nona.* On retrouve sa symptomatologie dans une épidémie qui a sévi à Vienne (Autriche), pendant l'hiver 1916-1917. M. Netter en a observé, au mois de mars dernier, un certain nombre de cas, auxquels il joint trente-sept cas anglais, rapportés par Batten, de Londres, et Moritz, de Manchester.

Cette affection a pour symptômes : de la somnolence, en premier lieu. Le patient se sent incapable de résister au sommeil. Quand on le sollicite, il répond plus ou moins nettement, exécute quelques mouvements, puis se remet à dormir. Il se réveille de loin en loin, pour s'alimenter. Outre la somnolence, on note des déterminations paralytiques (ophtalmoplégie, paralysie faciale, paralysie des membres, des sphincters, etc.), de la fièvre (légère et de courte durée ordinairement), des escarres. Pas de signe de méningite, pas de Kernig, pas de troubles du pouls. Le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, est normal.

Cet état léthargique peut durer des semaines et des mois. Il comporte une mortalité de 50 %.

Au point de vue anatomo-pathologique, on constate des lésions d'encéphalite interstitielle diffuse, ressemblant aux lésions de l'encéphalite de la maladie du sommeil des nègres : toutefois, le *trypanosoma gambiense* n'est nullement ne

cause, et l'on ne connaît pas l'agent spécifique de l'affection.

Dans le traitement de cette maladie, M. Netter a administré l'urotropine, qui est un bon antiseptique du système nerveux. On pourrait aussi, sans doute, essayer utilement les injections intra-rachidiennes de sérum de sujets ayant été antérieurement atteints de l'affection.

— M. DUBARD lit à l'*Académie de médecine* une note intitulée : *magnésie et cancer*.

M. Dubard pense que, dans la lutte contre les tumeurs, on peut aider l'organisme par la reminéralisation magnésienne. Il paraît exister un certain antagonisme entre tout terrain fortement pourvu de réserves magnésiennes et le cancer.

L'auteur donne à ses opérés de cancer, systématiquement, de la magnésie blanche (8 à 12 grammes par jour), et il fait continuer l'usage du médicament pendant plusieurs mois.

— M. CROUZEL parle, à l'*Académie de médecine*, des accidents produits par *la Piéride des choux*.

Les accidents produits chez l'homme par les chenilles, la *piéride* des choux en particulier, sont généralement polymorphes et comportent, isolés ou associés : du prurigo, de l'urticaire, des lymphangites et des phlegmons. Ils sont dûs aux piqûres de la peau par les poils des chenilles et aux inoculations produites par ces piqûres.

M. Crouzel recommande le traitement suivant : sudation générale et applications locales de compresses très chaudes, imbibées de :

Formol	2	grammes
Teinture d'iode	5	—
Iodure de potassium. .	2	—
Eau bouillie.	250	—

— MM. COUDRAY et GUISEZ communiquent à l'*Académie de médecine* une observation de *rupture de la trachée à la suite de l'éclatement d'un gros obus sans traumatisme extérieur*.

Il s'agit d'un soldat qui fut projeté à dix mètres environ par l'éclatement d'un gros obus. Sans blessure extérieure et sans perte de connaissance, il lui sembla avoir le « cou crevé ». Respiration difficile et gonflement cervical à chaque effort. Le malade guérit en conservant une tumeur gazeuse du cou. La lésion a consisté en une rupture de 4 ou 5 anneaux trachéaux.

— M. LAURENT fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *la survie du cœur des vertébrés*.

M. Laurent a étudié chez divers animaux (canard, mouton, chien, vipère du Gabon) les effets de l'injection de sérum sur le cœur inerte et il a vu le cœur reprendre alors des battements réguliers un certain temps après la mort. En pratiquant une soudure du cœur inerte au système artériel d'un animal vivant, il a pu constater une sorte de reviviscence du cœur détaché de l'organisme depuis plusieurs heures déjà.

M. GLEY remarque que les expériences de survie du cœur des vertébrés sont connues, depuis longtemps, de tous les physiologistes.

— M. CALOT expose à l'*Académie de médecine* les lois mathématiques qui donnent pour chaque cas de *luxation congénitale de la hanche*, la formule du traitement qui convient, à l'exclusion de tous les autres.

Ces lois sont basées sur un rapport mathématique entre les angles d'inclinaison et de torsion du col fémoral et la position qu'il faut donner à la cuisse pour créer une bonne articulation nouvelle, à la place même de l'ancien colyte, rudimentaire, car c'est de l'attitude donnée à la cuisse dans les appareils que dépendent, pour la plus grande part, le succès ou l'échec dans ce traitement.

1re Loi pour la rotation. — La rotation à donner à la cuisse doit être égale à l'angle de torsion du col du fémur (rotation interne au cas d'antétorsion, presque toujours; rotation externe au cas de rétrotorsion, presque jamais).

2e Loi pour l'abduction. — L'abduction à donner à la cuisse doit être égale à l'angle de *pente* du col du fémur, angle qui est complémentaire de l'angle que fait le col avec l'axe statique du fémur. Ainsi donc, l'abduction à faire est fonction de l'angle d'inclinaison. Et M. Calot a dressé un tableau qui donne, pour les divers angles d'inclinaison, les abductions correspondantes.

3e Loi pour la flexion. — La flexion à faire est inscrite dans un *cône circulaire* dont l'*axe* est le prolongement en dehors de la ligne tranversale, cotyle sain, cotyle, tête et col du côté malade, dont la *génératrice* est la diaphyse du fémur, et dont l'*angle générateur* est le supplément de l'angle d'inclinaison du col (cette flexion sera de 90° dans le premier appareil, et de 45° dans le deuxieme).

A l'avenir, le chirurgien devra donc, avant d'opérer une luxation congénitale, demander au radiographe de lui donner outre l'épreuve radiographique, la valeur des angles d'inclinaison et de torsion dans ce cas. Comment les calculer? Le meilleur procédé est celui de M. Calot, qui nous donne ces deux angles d'un coup par la radioscopie. On tourne le genou jusqu'à ce que le col se présente sous sa longueur maxima ; alors on a l'angle d'inclinaison vrai (qui est le plus bas de tous les angles apparus, au cas de coxa valga et le plus élevé au cas de coxa vara). Cet angle, on le marque, et on le mesure.

Quant à l'angle de torsion, il suffit à ce même moment de regarder de combien on a dû tourner

le genou pour donner au col sa longueur maxima. Cette rotation interne du genou qu'on a dû faire, nous donne très exactement la valeur de l'angle de torsion du col.

Telles sont les lois, dont la connaissance et l'exacte observation permettront désormais d'assurer beaucoup mieux que par le passé la guérison des luxations congénitales de la hanche.

— MM. SICARD et H. ROGER présentent à la *Société Médicale des Hôpitaux* un travail sur *l'intoxication arsenicale chronique après arsénobenzothérapie veineuse intense.*

Les accidents consécutifs au traitement de la syphilis par l'arsénobenzol peuvent être groupés en 3 catégories :

1° Les accidents d'ordre anaphylactique, caractérisés par une hypotension vasculaire extrême, des tendances syncopales, des œdèmes pulmonaires, des vomissements. Leur pronostic est souvent très grave, mais atténué par l'ingestion ou l'injection d'adrénaline. Ces accidents deviennent de plus en plus rares, depuis que l'on utilise un solvant sodique convenablement dosé ;

2° Les accidents de symbiose arséno-spirochétique qui tiennent à une exaltation du virus syphilitique par l'arsenic, lorsqu'une syphilis secondaire, par exemple, est attaquée trop brutalement par l'injection arsenicale ;

3° Les accidents d'intoxication arsenicale pure.

MM. Sicard et Roger ont eu l'occasion d'injecter de très hautes doses de novarsénobenzol chez un certain nombre de paralytiques généraux et ils ont pu observer dans ces conditions des intoxications arsénicales. Ainsi, après injection d'une quantité totale de 10 à 12 grammes d'arsénobenzol, ils ont vu apparaître des phénomènes toxiques : prurit, érythème, troubles trophiques des ongles, abcès, ulcérations, lésions du foie, albuminurie. Lorsque l'intoxication se fait par des doses massives, hebdomadaires, d'arsénobenzol, le rein et le foie sont généralement touchés (albuminurie, subictère), alors qu'ils le sont rarement lorsque l'intoxication relève d'injections quotidiennes, plus faibles, d'arsénobenzol. Un signe, véritable signal-symptôme, permet d'annoncer l'apparition des accidents toxiques ; c'est le signe de la réaction cutanée à la teinture d'iode. Il consiste en une dermite qui apparaît dès le lendemain de l'application cutanée iodée.

— MM. RAMOND et PETIT communiquent à la *Société Médicale des Hôpitaux* une étude sur *la dyspepsie des rapatriés.*

L'alimentation de nos prisonniers, en Allemagne, disent MM. Ramond et Petit, est déplorable à la fois comme quantité et comme qualité. Il en résulte que tous les prisonniers se trouvent atteints à des degrés divers, de phénomènes dyspeptiques. Certains font de l'hypochlorhydrie. D'autres, plus nombreux, de l'hyperchlorhydrie. Ce qui frappe surtout, c'est la proportion considérable des ulcères gastriques confirmés.

— M. GAILLARD rapporte à la *Société Médicale de Hôpitaux* un cas de *cancer primitif du poumon gauche.*

Le diagnostic de cancer du poumon fut établi par la radiographie qui montra une ombre, trop importante pour être attribuée à des ganglions tuberculeux et différente de celle que fournissent les empyèmes interlobaires ou les kystes hydatiques. Une induration nodulaire du foie concomittante confirmait le diagnostic.

M. NETTER, chez un sujet atteint de pleurésie purulente, posa le diagnostic de cancer primitif du poumon par le seul examen des crachats qui contenaient des petites masses cancéreuses. Opéré pour sa pleurésie purulente, ce malade eut une survie d'un an, ce qui montre l'évolution lente de ce genre de cancer.

— M. LÉRI fait à la *Société Médicale des Hôpitaux* une communication sur *l'hémiplégie paludéenne.*

M. Léri a observé cinq hémiplégiques dans les antécédents desquels on ne pouvait relever aucune cause d'hémiplégie autre que le paludisme. Dans tous les cas, il s'est agi d'hémiplégies légères, incomplètes, débutant sans ictus, à évolution plus ou moins régressive, en un mot discrètes. Trois de ces malades avaient de l'aortite, l'aortite paludéenne ayant été probablement, chez eux, la cause de l'hémiplégie par le mécanisme de l'embolie.

— M. L. BORY lit à la *Société Médicale des Hôpitaux* une note sur les *applications générales de l'huile soufrée.*

L'huile soufrée (solution vraie de soufre dans l'huile de sésame) possède les indications de la médication sulfurée. C'est un traitement actif du psoriasis et des arthropathies (rhumatisme blennorrhagique, arthrites et péri-arthrites).

— M. Victor PAUCHET a fait à la Société de chirurgie, la communication suivante sur *l'anesthésie rachidienne et locale :*

« J'ai pratiqué en vingt-cinq ans tous les procédés possibles de narcose, d'anesthésies rachidienne ou locale. Ce qu'il y a de plus dangereux dans la narcose, surtout avec le chloroforme, c'est moins la mort immédiate que la mort post-opératoire dûe à l'intoxication du rein et du foie, mort que le chirurgien met sur le compte de l'infection ou du shock. Sur 100 opérations, je fais 10 rachianesthésies, 20 narcoses, 30 anesthésies locales pures et 40 anesthésies mixtes (locale et kélène).

I. **Rachi-anesthésie.** J'ai fait 2.000 *rachi-anesthésies* et j'ai employé toutes les méthodes (Tuffier, Jonnesco, Le Filliâtre) et tous les produits

(cocaïne, stovaïne, novocaïne, néocaïne). Voici les accidents et les avantages que j'ai constatés.

— Accidents. — a) deux *morts* survenues chez des sujets affaiblis.

b) *Apnée.* L'arrêt de la respiration s'est produit au bout de quelques minutes; trois fois il a fallu faire la respiration artificielle; tous les malades ont guéri.

c) *Paralysie.* J'ai observé deux cas de rétention d'urine qui ont duré trois ou quatre semaines. Un cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun qui a duré trois semaines; pas de paralysie éloignée.

d) *Céphalée.* C'est le phénomène le plus fréquent, le plus désagréable; il peut durer 8 jours; l'aspirine est insuffisante; il faut faire une ponction lombaire.

e) *Vertiges.* On observe parfois, pendant une semaine, des vertiges, de la rachialgie lombaire ou cervicale, des nausées. Ne pas faire lever le malade tant que ces troubles persistent; ils sont de courte durée.

— Avantages. a) *Suppression d'un aide.*

b) *Diminution de la morbidité post-anesthésique* :

Pas d'action toxique sur le foie, les reins, les poumons.

Pas d'action toxique sur le myocarde, puis action très marquée sur les centres nerveux cardio-vasculaires, action qui empêche d'employer cette méthode, pour les sujets shockés.

— Diminution du shock opératoire; celui-ci est dû à la douleur que le malade endormi éprouve d'une façon inconsciente. Le malade endormi ne se souvient pas d'avoir souffert, mais son cerveau a été *éprouvé* par la dilacération des tissus, la section ou l'arrachement des filets nerveux (expériences de Crile). Si l'opérateur injecte auparavant un anesthésique sur les troncs nerveux, les altérations cérébrales ne se produisent pas; il n'y a pas de shock. L'infiltration locale produit la *section physiologique des nerfs* et évite le shock. Ce *blockage* de l'influx nerveux est réalisé par la rachi-anesthésie qui est une anesthésie régionale élargie. Les infirmières qui soignent les opérés diront bien qu'il y a beaucoup moins de shock avec la rachi et surtout l'anesthésie régionale qu'avec la narcose.

c) *Facilité plus grande de l'opération.* La rachi-anesthésie produit la résolution musculaire, réduit les manœuvres, le traumatisme et la durée et rend l'opération plus facile, donc plus bénigne. Ce fait se manifeste surtout dans les opérations abdominales. Il n'y a pas de comparaison entre une opération pour cancer du col utérin et surtout une occlusion intestinale faite sous anesthésie rachidienne et la même opération faite sous narcose. Les intestins sont rétractés; la paroi abdominale est souple, le silence abdominal parfait. Si donc la rachi-anesthésie était le plus grave des procédés, je l'emploierais encore dans les cas de grande chirurgie, comme produisant le minimum de risques.

Quel procédé choisir? Tuffier, Jonnesco ou Le Filliâtre?...

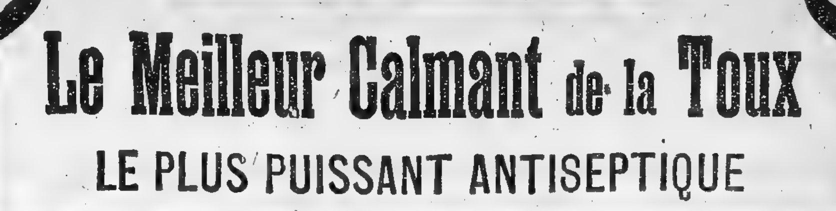
a) Méthode de *Tuffier*, c'est-à-dire l'injection lombaire, suffisante pour le bassin et les membres inférieurs.

b) La méthode de *Jonnesco* ne m'intéresse que pour l'abdomen puisque je fais l'anesthésie locale pour les opérations du thorax, de la tête et du cou. La ponction dorso-lombaire avec 3 à 5 c. c. de stovaïne permet d'enlever un estomac, un calcul du cholédoque ou du rein. Si l'opération semble devoir être longue, il faut combiner l'anesthésie rachidienne avec l'infiltration médiane de la paroi.

c) La méthode de *Le Filliâtre* est très bonne parce que simple, et facile. C'est peut-être le procédé le plus séduisant, car l'anesthésie peut aller à volonté de la plante des pieds au cuir chevelu. Je préfère employer des doses faibles de cocaïne et ne jamais dépasser l'anesthésie de la base du thorax. Avec cette méthode, les malades paraissent quelquefois anxieux; la respiration thoracique est supprimée; le diaphragme fonctionne, mais il existe de ce fait un état d'angoisse pénible, qui, jusqu'ici, ne m'a pas paru dangereux.

En résumé, je considère que la rachi-anesthésie, est aussi grave que le chloroforme, mais étant donné les services qu'elle rend dans les grandes opérations, je continue à l'employer dans des cas déterminés. Je ne l'emploie pas pour les opérations bénignes (hernie, varicocèle, hémorroïdes, appendicite, hystéropexie, etc...), mais je l'emploie délibérément pour les occlusions intestinales, les cancers du col utérin, les cancers du rectum, etc...

II. — **Anesthésie locale.** — C'est le procédé qui donne le moins de shock et fait courir le moins de risques; il nécessite une éducation de quelques semaines, présente quelques échecs partiels qu'il faut corriger par une bouffée de kélène; cette association du kélène n'est pas un grand inconvénient; ce n'est pas une narcose véritable et dès que la période douloureuse est passée, l'opération continue sur un sujet éveillé et conscient. Le succès dépend de l'entraînement. Il y a des anesthésistes qui réussissent presque toutes leurs anesthésies et d'autres qui échouent le plus souvent. Question de technique, rien de plus.



Le Meilleur Calmant de la Toux

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE

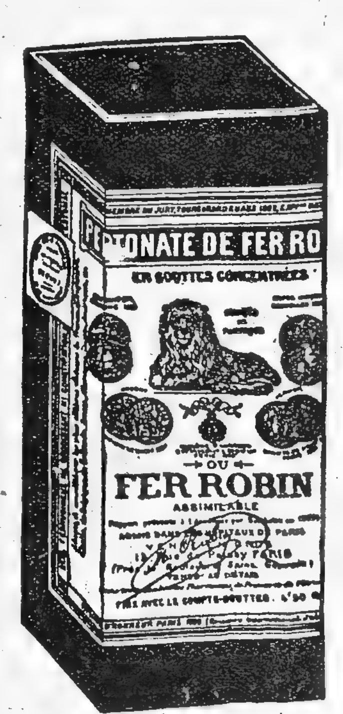
SIROP FAMEL

au LACTO-CRÉOSOTE soluble

Phosphate de Chaux, Codéïne, Aconit, etc.

DOSES : de 2 à 3 cuillerées par jour.

Envoi gratuit d'échantillons
à MM. les Docteurs qui en feront la demande
86, Rue de la Réunion, 86, Paris.



PEPTONATE de FER ROBIN

DECOUVERT
PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris
ET PAR LE MINISTÈRE DES COLONIES

Guérit **ANÉMIE**
CHLOROSE
DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents, ne constipe jamais

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable

VENTE EN GROS : 13, *Rue de Poissy, PARIS.* — DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

A propos du pain : Commerce et biologie.

Beaucoup ont écrit sur cette question du pain ; des industriels, des meuniers, des chimistes, des médecins, des médecins-chroniqueurs qui ont souvent hélas tiré une nouvelle mouture de la prose des industriels. Il y a malheureusement dans notre profession des hommes de « lettres » pour qui écrire consiste à aligner des mots et à moduler en air de flûte des lieux communs. Lécher des bottes et jouer du dictionnaire est le propre de ces docteurs en lettres qui ont été à peu près les seuls à « bavarder » sur le blé et la farine. Ils n'ont joué que la chanson du moulin à cylindres... copiée chez les gros minotiers. Et cet air, par un curieux hasard, est devenu officiel. Il a été répandu par la grande presse.

La conséquence c'est que la question, la véritable question du pain n'a pas été posée.

Lenglet la pose clairement, franchement, honnêtement. Il la pose en médecin qui a etudié par lui-même — et non dans des dictionnaires. Et sa voix déjà entendue dans *nos syndicats*, donne un ton tout particulier, un ton que les lecteurs de la grande presse n'entendront sans doute pas.

C'est à nous, médecins, de dire la vérité, à nous syndicats qui sommes les gardiens de la santé publique, c'est à nous de fixer les données du problème et d'en préparer la solution.

Et c'est ainsi que nous devons, par des faits, montrer le rôle social de nos syndicats professionnels et apparaître comme les véritables défenseurs de la santé publique.

R. L.

Quiconque étudiera la question du blé, de la farine et du pain ne devra jamais oublier que l'antagonisme est absolu entre la conception du biologiste et celle de l'industriel ; que l'un est impuissant parce qu'il ne dispose d'aucun moyen de propagande et que sa voix clame dans le désert, que l'autre a, par la richesse, la puissance et l'aisance d'aveugler et de berner ceux qu'il n'achète pas, d'acheter ceux dont il fait les instruments de sa fortune et de sa rapacité.

Qui, donc, étudiera la question du pain ne devra jamais oublier que le point de vue commercial s'oppose au point de vue biologique de la plus malheureuse façon.

Le commerçant, l'homme de Bourse, voit dans la farine un élément de négoce et d'agiotage qui doit remplir de telles conditions qu'il se prête à ses desseins. Ces qualités de la farine commerciale sont, on l'a répété sous tous les tons : blancheur et pouvoir de conservation.

Le biologiste, le médecin ne veut et ne doit voir, dans la farine, que l'expression la plus complète et la plus parfaite de l'aliment dérivé du blé. Les qualités de la farine biologique sont : alibilité aussi grande que possible, c'est-à-dire pouvoir de rendre à l'organisme, non seulement en chaleur, mais en dynamisme tout ce qu'il peut attendre de la constitution du grain de blé.

Tel est le problème. Ainsi posé il se trouve régi par deux forces antagonistes et de sens contraire : la force industrielle s'y oppose à la nécessité biologique. En effet, *les qualités commerciales signifient* :

A. *Blancheur* : élimination de la couche sous-corticale du grain et perte des substances dont l'action dynamisante est le plus indispensable : le germe et ses graisses phosphorées, les cellules à combinaisons organo-phosphoriques et à diastases.

B. *Pouvoir de conservation* : perte des substances alibiles et dynamisantes contenues dans la couche sous corticale et qui sont vivantes et altérables : l'ensemble des graisses phosphorées, des phosphores organiques divers et des diastases. Si ces substances sont incorporées à la farine, celle ci doit être consommée dans les deux ou trois mois qui suivent sa fabrication sous peine de perdre ses qualités commerciales parce qu'elle s'acidifie, parce qu'elle rancit suivant le terme juste et consacré.

Tel est l'antagonisme du biologiste et de l'industriel et aussi l'antagonisme des moyens qu'emploiera chacun d'eux pour réaliser, l'un son idéal de lucre, l'autre son idéal de force et de santé humaines.

Au biologiste il faut de la farine contenant toute la vie que peut porter le blé ; à l'industriel il faut une farine taillable à merci, la farine avec laquelle on fait l'or, facteur actuel de toute puissance.

Aussi la lutte est-elle engagée, bien inégale, entre le biologiste qui parle au nom de la raison, au nom de l'épanouissement de la vie, et l'industriel dont la puissance souveraine, étouffe les voix et les lumières qui dévoileraient sa monstrueuse entreprise. De cette lutte, nous ne voyons rien, car elle est négative : empêcher de parler ceux qu'un baillon d'or séduit ; tromper les niais, même scientifiques, qui n'ont ni l'esprit d'investigation, ni l'esprit de critique capables de dévoiler la supercherie ; faire crier par beaucoup d'autres des erreurs savamment présentées; faire le silence sur ceux qui veulent parler malgré tout !

Industrie : farine blanche, farine morte, farine d'agiotage.

Biologie : farine, farine vivante, farine honnête.

Et de ce dualisme irréductible, tirons la conclusion mécanique :

Les cylindres, tels qu'ils existent actuellement, peuvent faire de la farine blanche parce qu'ils *égerment* le blé et transforment en plaquettes rejetées par les blutoirs le reste de la partie vivante du blé (graisses phosphorées, phosphores organiques, diastases). Le cylindre est donc l'arme du capitaliste.

La meule ancienne, ou les meules modernes fonctionnant d'après le principe de la meule ancienne, ne peuvent pas faire la farine blanche et sans vie, la farine d'agiotage, de lucre, d'accaparement, de déchéance organique, parce qu'elles n'égerment pas, parce qu'elles laissent à la farine ses graisses phosphorées, ses phosphores organiques et ses diastases.

Concluons donc en achevant et en répétant le parallèle :

Industrie : farine blanche, farine morte, farine d'agiotage, farine de cylindres.

Biologie : farine (1), farine vivante, farine honnête, farine de meules.

Ce que nous venons de dire en quelques lignes des farines, permet d'aborder aisément la question du pain.

Que veut-on du pain ?

1° Qu'il soit digestible ; 2° qu'il apporte à l'organisme ce que contient d'essentiel le grain de blé.

La digestibilité est, pour une farine de bonne qualité, question de panification. Nous ne traiterons pas cette question ici. Elle est résolue par la tradition depuis des siècles et au surplus, les points qui demeurent litigieux le seront longtemps encore malgré la prétention qu'ont nombre de savants en « us » de les avoir résolus.

Quant à la constitution du pain, nous savons ce qu'elle doit être, puisqu'il ne peut différer de la farine et que notre choix est fait entre la farine morte industrielle et la farine vivante biologique.

Or, la forme du cylindre qui égerme et qui fait tomber aux issues 50% de toutes les substances dynamisantes du blé est biologiquement et socialement criminelle.

Vous qui lisez ces lignes puissiez-vous ne pas être les meuniers de cette triste farine.

Le monde des médecins est à l'aurore d'un jour historique. Il doit bien savoir qu'il tient en ses mains une part du destin social et de son propre destin. Puisse-t-il approfondir assez l'importance, la gravité et la difficulté d'un rôle où il faudrait que chacun sentît en lui l'âme et la volonté d'un apôtre.

E. LENGLET.

(1) On remarquera qu'il n'y a pas d'épithète de couleur à côté du mot farine dans la catégorie biologie, c'est que tout est possible avec les meules, depuis la farine très blanche jusqu'à la farine très bise. C'est une question de taux d'extraction.

Nous n'avons pas indiqué ici le pourcentage de composition des diverses farines, parce que ce pourcentage et les indications numériques et analytiques diverses se trouvent dans de bons ouvrages scientifiques, tels que le traité de Villiers et Colin et dans les articles divers.

Notes pratiques d'un médecin du front

par le médecin-major A. SATRE, aux armées.

Comment guérir de la peur ?

On apprend, en guerre, à s'examiner très sérieusement sur le chapitre de la peur, cette puissance mystérieuse et redoutable.

Il y a là une question de vie ou de mort. De même que l'alcool est beaucoup plus fort que le vin dont il est tiré, la peur est infiniment plus fatale et plus malfaisante que les événements qui la provoquent : mieux vaut être livré aux bêtes qu'aux fantômes.

C'est une bien triste vie que la vie apeurée, continuellement agitée, du pauvre homme qui passe son chemin comme le gibier traqué, derrière lequel hurle la meute, et qui ne connaît ni repos ni tranquillité !

Il n'y a pas d'abri extérieur contre la peur, puisque c'est dans le cœur qu'elle fait son gîte. C'est précisément là qu'il faut l'attaquer.

De la qualité de l'homme dépend la qualité de sa crainte : il faut connaître l'une pour guérir l'autre.

Et de quelle maladie voudrait-on guérir plutôt que de celle-là ? Y a-t-il une joie possible pour l'anxieux qui voit toujours l'épée de Damoclès suspendue sur sa tête ?

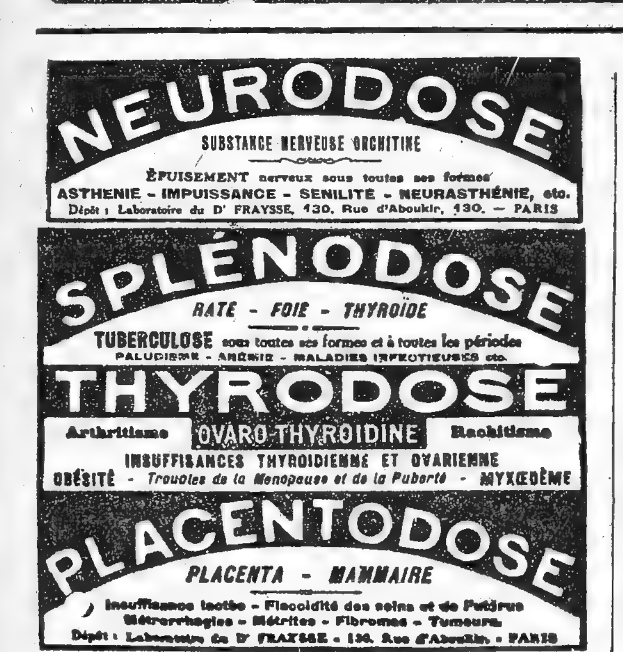
Voici quelques conseils pour aider à réagir contre la peur : ce sont, d'abord, de petits moyens, je l'avoue. Ne les dédaignons pas, toutefois.

Il faut apprendre peu à peu, comme disait cet ancien brave, à mener sa carcasse là où elle redoute d'aller.

Il y a des peurs nerveuses, d'autres qui ont surtout leur siège dans l'imagination. Se connaître et se rendre compte que la réalité extérieure ne répond pas à l'ébranlement formidable que nous éprouvons, est déjà un grand point.

Il y a une profonde physiologie dans cette expression de nos ennemis : *ich fürchte mich.* A proprement parler, cela veut dire : « J'ai peur de moi », et, en somme, le royaume de la peur est en nous. Ce ne sont pas les objets qui sont effrayants, c'est l'état dans lequel nous nous laissons mettre par eux.

Qu'on se rappelle ces deux personnages de la *Flûte enchantée,* tous deux terribles d'aspect, peureux tous deux, et que l'épouvante jette l'un



ABONNEMENTS :

Paiement des Abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande de journal. *(On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste).*

aux pieds de l'autre, en même temps, avec ce cri : « Epargne-moi ! »

Il faut se corriger de ces poltronneries insensées, dont on trouve, par malheur, des exemples dans la réalité. Il faut se familiariser avec ce qu'on craint, en faire le tour, le toucher et le regarder de près. Fuir ce qu'on craint n'est pas un moyen de diminuer sa crainte, au contraire.

Malheur aux fuyards ! Plus ils sont nombreux, plus le désastre augmente, car la peur, comme le courage, est communicative. C'est dès qu'elle se manifeste qu'il est bon de lui résister.

Nous avons à user vis-à-vis de nous-mêmes des procédés employés pour calmer et apprivoiser les chevaux ombrageux. Aussitôt qu'ils essaient de s'écarter de la route, ou même qu'on leur voit dresser l'oreille d'une certaine façon significative, on serre mieux les rênes, et on leur donne un coup de cravache. Cela les aide à se rassurer. Il est évident qu'il faut connaître et surveiller un cheval ombrageux de plus près que d'autres. Et quand on le sait impressionnable, facile à effrayer, prompt à s'emballer, se méfier de soi-même est de rigueur. Avec un peu de méthode, on arrive à des résultats étonnants.

Notre imagination et nos nerfs nous renseignent sur les événements comme des messagers affolés qui viennent hors d'haleine nous jeter des nouvelles terrifiantes. La moitié du temps, ils ont vu de loin, et mal vu. Il ne faut jamais les prendre au mot, mais se réserver, contrôler, et attendre d'autres détails.

Autrement, on fait des folies. Une société de gens peureux qui s'exagèrent tout et s'agitent sans cesse les uns les autres, ressemble à une collection de fous. Un homme calme au milieu de cette sarabande d'épileptiques ramènera d'un mot le calme ; il aura bientôt fait comprendre aux moins détraqués que la peur est le pire moyen de sortir d'une situation grave.

De toutes les qualités secourables que renferme un cœur vaillant, je n'en sais pas de plus précieuse que ce don de rassurer, de relever les courages abattus et d'apporter un peu de tranquillité, d'ordre et de lumière dans le pêle-mêle des éléments déconcertants.

Dans la paix comme à la guerre, en famille comme dans la vie politique, ce qu'il faut désirer avant tout, c'est une âme ferme.

Mais, il faut le confesser, malgré leur efficacité relative, tous les efforts de détail pour s'entraîner au courage ne sont que des petits moyens.

Le grand moyen manquant, l'œuvre demeure imparfaite, et il reste toujours à redouter que la peur ne fasse irruption par quelque fissure.

Le grand moyen, le voici : c'est la naissance, en nous, de quelque chose de grand qui bannit la crainte, et ce quelque chose de grand, c'est l'amour.

La peur a sa source dans l'égoïsme : pour quiconque met toute son espérance et tout son bonheur en sa propre personne, la consigne est de *trembler*.

Dans cette région inférieure de la vie où s'établissent les aspirations égoïstes, il n'y a pas un moment de sécurité.

Il faut apprendre à aimer quelque chose en dehors de soi : quelque chose de plus grand et de moins fragile.

Le vrai courage, celui qui n'est pas une floraison d'un jour, ni une simple vaillance physique, a sa source dans l'amour. Au fond de tout acte de valeur authentique et de toute vie sûre, il y a le don de soi-même.

L'homme courageux est celui qui se jette dans la mêlée pour la vérité, la justice, la défense du faible, le salut de la patrie. C'est celui qui aime la vie à cause des biens supérieurs auxquels on peut la consacrer. Il a la conviction que la vie ne consiste pas à boire, à manger, à jouir, à avoir un rayon de lumière dans les yeux, une goutte de sang dans les veines ; mais qu'elle consiste à se consacrer, avec tout ce qu'on est et tout ce qu'on a, à ces réalités invisibles qui seules donnent à la vie son sens et son prix.

Qui aime la sécurité, le calme de l'esprit, l'insouciance du lendemain, doit faire alliance contre la peur avec les forces surhumaines en qui la fermeté de l'homme prend sa source. Le jour où il aura placé son centre plus haut que lui-même, le jour où sa grande crainte sera de commettre une lâcheté, il sera délivré des craintes subalternes.

Celui-là seul comprend pourquoi il a une tête sur les épaules, qui est prêt à se la laisser couper pour la justice. Celui-là seul est un vivant et jouit de la vie qui à tout instant est résolu à l'entier sacrifice de lui-même, par amour.

C'est de cette disposition centrale du cœur que découlent tous les actes courageux. Le secret de l'énergie supérieure et de l'ascendant qu'elle exerce, c'est que l'on sent, derrière la moindre démarche et la moindre parole, la résolution d'aller jusqu'au bout.

Je termine par un joli mot d'un jeune soldat de la classe 17 après la première bataille. Comme on lui demandait ce qu'il avait éprouvé il répondit : « J'ai eu peur d'avoir peur, mais je n'ai pas eu peur ».

Le brave garcon ! Tâchons de lui ressembler : ayons toujours peur d'avoir peur, et nous n'aurons jamais peur !

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Pouvoir anticonvulsif du chlorure de Ca en synergie avec les hypnotiques (1).

Par le Dr G. Aymés.
Aide-major de 1re classe.
Centre neurologique de la 16e Région.

Chez quelques-uns des malades de sa salle de crises psycho-névropathiques, l'auteur dit avoir observé que la fréquence et l'intensité des paroxysmes étaient en corrélation avec un certain degré d'excitation cérébrale et d'instabilité émotionnelle, dont les troubles du sommeil (insomnie ou rêves) étaient souvent, lui semblait-il, une expression clinique. Et cette opinion trouve un appui dans celle de Gilbert Ballet qui a fait de certains états agrypniques un équivalent maniaque, comme dans celle de Régis et Hesnard qui ont si bien mis en lumière le rôle pathologique des émotions oniriques. L'auteur a trouvé dans ces conjectures le point de départ de la thérapeutique instituée par lui et constituée essentiellement par l'administration simultanée d'un anticonvulsivant (Ca. Cl.) et d'un hypnotique adéquat. Pour ce dernier, l'auteur a donné son choix à la diallylmalonylurée (Dial.).

Les essais ont porté sur treize malades divisés en trois groupes équivalents : *1er groupe :* chlorure de Ca 2 gr. 50, dial 0 gr. 15 ; 5 jours de traitement, 3 jours de repos. — *2e groupe :* dial seul, 0 gr. 15 par jour, même mode d'administration. — *3e groupe :* chlorure de Ca seul, 2 gr. 50 par jour, dans les mêmes conditions.

Le parallèle entre ces trois groupes de malades s'établit comme suit : *1er groupe :* 13 crises avant le traitement, 6 pendant, sédation de l'insomnie ; *2e groupe :* 22 crises avant, 11 pendant, sédation de l'insomnie ; *3e groupe :* 12 crises avant, 10 pendant, pas d'action sur l'insomnie. Il ressort d'une manière suffisamment démonstrative de ce simple aperçu d'ensemble que ce sont dans les groupes 1 et 2 (comportant cependant chacun un cas de comitialité), et surtout dans le groupe 1, que l'amélioration a été le plus manifeste, et où, de plus, le sommeil a été très favorablement modifié. Aucun trouble nerveux ou autre n'a été noté, le taux de l'urée éliminée fut normal, celui des chlorures un peu accru. La conclusion se dégageant de cette étude est donc que dans les psychonévroses convulsives, banales ou purement émotionnelles, et à paroxysmes particulièrement sévères ou fréquents, il y a intérêt à conseiller l'usage de l'association médicamenteuse sédative, chlorure de calcium-diallylmalonylurée.

(1) Réunion Médico-chirurgicale de la 16e Région, Séance du 30 octobre 1917. *Montpellier Médical*, 1er novembre 1917.

BIBLIOGRAPHIE

L'arbre biologique, sa signification. Par le Dr H. Jaworski et M.-R. d'Abadie. — Préface de M. Edmond Perrier. — Un volume à 4 fr. 50. — A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1918.

L'arbre biologique, par le parallélisme qu'il expose, est un ouvrage d'une immense portée. En suivant la loi « d'Intériorisation », on retrouve dans chaque organe de notre corps la répétition d'un groupe animal ou végétal qui, libre dans l'espace, continue de vivre. Le corps humain est en somme, de ce fait, la synthèse de toute l'échelle des êtres.

La fonction ne crée pas seulement l'organe, elle crée aussi les organismes. Les oiseaux, par exemple, sont individualisés par la fonction respiratoire ; les vers par la fonction reproductrice, etc...

Il est impossible d'esquisser un résumé de cette œuvre puissante qui donne, en même temps, l'explication de beaucoup de phénomènes étranges que nous présente la nature.

Malgré la profondeur et l'ampleur de ce travail, le Dr H. Jaworski et M.-R. d'Abadie, son collaborateur, ont su se mettre à la portée du public, adoucir les aridités techniques en « les couvrant d'un manteau de poésie », suivant l'expression du Professeur Edmond Perrier.

La période géologique, sa signification. La naissance. Par les mêmes auteurs. — Un volume 2 fr. 50. — A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris. 1918.

La période géologique est une conclusion en quelque sorte magnifiée du Plan Biologique. Qui ne s'est demandé la signification des êtres fantastiques qui ont peuplé la surface du globe avant l'apparition de l'homme, le sens de ces âges lointains qui ont excité tant de recherches. A ces questions, ce livre apporte une réponse satisfaisante, simple, naturelle, précise.

Il y a eu évolution et la terre a commencé par connaître une période embryonnaire. Cette longue époque s'est terminée avec l'apparition de l'homme au moment des cataclysmes quaternaire. L'évolution sociale de l'humanité, l'histoire, est une croissance...

En présence des arguments et des preuves que les auteurs apportent, il sera très difficile d'opposer une objection sérieuse à cette « Philosophie Vérifiable ». En outre, les lecteurs de ce petit livre y trouveront un intérêt d'actualité dans les considérations sur la mort et la survie, troublantes énigmes qui ne se sont jamais présentées aussi impérieusement à l'esprit humain.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La sciatique (1).

Le nombre des simulateurs ayant notablement augmenté durant ces derniers mois de guerre, le Dr Lavielle, parmi les signes qu'il nous décrit, insiste particulièrement sur trois d'entre eux.

1° Le signe de CARRIÈRE : *Flexion symétrique simultanée des genoux.* Le sciatalgique l'obtient facilement, tandis que le simulateur tiendra raide le membre inférieur dont il se plaint.

2° Le signe de NÉRI : le malade debout, le dos tourné au médecin, exécute avec le membre supérieur divers exercices de gymnastique suédoise qui doivent détourner son attention. Les bras croisés sur la poitrine, on ordonne la flexion du tronc sur le bassin. Le sciatalgique limitera, immédiatement, sa flexion au côté malade et se portera du côté opposé. En même temps « le *malade s'appuie sur le membre sain pendant qu'il envoie le plus en arrière possible le membre malade se donnant ainsi une attitude qui rappelle celle du génie de la Bastille* ». (Lavielle).

(1) Lire l'excellent article que M. le Dr Ch. Lavielle, de Dax, a consacré au diagnostic de cette affection : *Médecine climatique et thermale*, février 1917.

3° *L'atrophie musculaire uni-latérale :*

a) très précoce dans la *névrite sciatique causalgique ;*

b) lente, dans la névralgie ancienne.

« L'absence de ce signe chez un sciatalgique accusant des douleurs, datant de plusieurs mois, doit immédiatement éveiller des soupçons de simulation » (Lavielle).

Mais la fréquence des simulateurs ne doit pas nous faire oublier que les sciatalgiques vrais sont légion.

A. *Traitement interne :* chaque 8 heures, prendre un cachet de :

Phénacétine	0 gr. 10
Aspirine	0 gr. 15
Pyramidon	0 gr. 15
Valérianate de quinine	0 gr. 20
Caféine	0 gr. 05

avec une infusion de feuilles d'oranger et de pétales de coquelicot.

B. *Injections intra-musculaires :*

Alterner de trois en trois jours :

1° Bleu de méthylène	0 gr. 30
Eau distillée	2 gr.

1 c. c. par injection, avec :

2° Phosphate de soude. . . . . 0 gr. 50
Sulfate de soude. . . . . } ââ 1 gr.
Iodure de sodium. . . . . }
Eau stérilisée. . . . . 10 gr.

injection de 2 c. c. dans la région trochantérienne (Luton).

3° Enfin le 6e jour :

Glyceroph. de chaux. . . . . }
Glycéroph. de magnésie. . . } ââ 0 gr. 05
Glycéroph. de potasse. . . . . }
Glycéroph. de soude. . . . . 0 gr. 03
Eau distillée. . . . . 2 c. c.

4° Injections d'air chaud.

C. *Injections rectales* :

Tête de pavot. . . . . N° 1
Eau à 48° ou 50°. . . . . 300 gr.

à garder 20 à 30 minutes.

D. *Traitement externe* : alterner pulvérisations.

1° Ether. . . . . }
Chloroforme. . . . . . } P. E.
Alcool camphré. . . . }

avec applications de :

2° Salicylate de méthyle (pansement occlusif).

3° En cas d'insuccès, appliquer la pommade suivante :

Vératrine . . . . }
Extrait d'opium. . . . } ââ 1 gramme.
Extrait de Belladone. . }
Extrait de jusquiame. . }
Axonge . . . . 45 grammes.

E. *Physiothérapie* : Electro-ionisation de quinine, de salicylate de soude. Révulsion faradique, courant continu.

2° Bains de sable, 45 à 65°.

3° Bains de boue, Dax.

4° Stations hydrominérales : Renne-les-Bains, Néris, Bagnères de Bigorre, etc.

Dr R. MOLINÉRY.

Pansement des plaies atones.

Je me permets d'attirer l'attention des lecteurs du *Concours médical* sur le traitement des plaies atones non infectés par des attouchements quotidiens ou bi-quotidiens avec la mixture :

Tannin. . . . . 3 grammes.
Teinture d'iode . . . . . 10 c. c.

Les résultats sont parfois surprenants, tant au point de vue de l'aspect des plaies que de la rapidité de la cicatrisation.

L'action tonique générale de l'association iode-tannin semble se retrouver ici.

Il importe de n'employer cette mixture que quand tout processus infectieux est éteint, et uniquement comme moyen de cicatrisation.

Dr G. FASSIYA.

CORRESPONDANCE

Les Médecins inaptes à faire campagne.

En ma qualité d'abonné à votre journal, je me permets d'attirer votre attention sur la situation tout à fait anormale dans laquelle se trouvent les médecins inaptes à faire campagne.

M. Justin Godard ayant décidé le 20 août 1917 qu'ils s'appelleraient désormais non plus inaptes mais *aptes restreints*, que devient le sort de ces médecins aux armées ? Quelles circulaires ont défini leur situation exacte, les limites dans lesquelles on peut les employer, — disons le mot : les bornes entre lesquelles l'arbitraire et le bon plaisir pourront se donner libre carrière ?

Je suis bien tranquille sur le sort des aptes restreints qui ont de solides protections : ils trouveront toujours une place conforme à leur état de santé. Mais le pauvre diable qui n'a que son « cas », qu'est-ce qui le défendra contre les « expériences » auxquelles sa santé se trouvera soumise ? Rien n'étant prévu, on pourra toujours affecter ce paria à un poste très pénible en lui disant : « Essayez toujours ! » Et si « l'expérience » ne réussit pas, quel recours aura-t-il contre ceux qui auront ainsi ruiné sa santé ?

Et quelle ne sera pas son indignation intérieure, si c'est au service du pays qu'il a une première fois compromis sa santé, de voir que des chefs peuvent impunément, sans redouter la moindre sanction, la mettre dans le cas de la perdre définitivement, alors qu'une foule de médecins des plus vigoureux se trouvent dans de meilleures situations ?

Je crois qu'il suffit d'attirer l'attention de votre vaillant organe sur cette grave anomalie pour trouver en lui un champion de la justice et du bon droit.

Plusieurs remèdes se présentent à l'esprit contre ce déplorable état de choses :

1°) Etablir des catégories parmi les aptes restreints;

2°) Spécifier les unités auxquelles ils peuvent être affectés;

3°) Leur appliquer les mesures prévues pour les hommes du service auxiliaire.

Je vous laisse le soin de trouver une amélioration et de la réclamer vigoureusement. Je suis certain qu'ainsi vous rendrez service à bien des confrères qui vous en sauront gré un jour même si cette question ne les préoccupe pas actuellement.

Un de mes amis, apte restreint, ne m'a-t-il pas conté récemment qu'il avait failli être affecté à un bataillon d'infanterie de 1re ligne, sous prétexte qu'il s'agissait de territoriaux dans un secteur tranquille (! !...)

La vérité c'est que, pour qui connaît les fatigues inouïes que peuvent être imposées à n'importe quelle troupe en campagne au moment où on s'y attend le moins, la place des aptes restreints n'est pas aux armées où ils ne peuvent qu'encombrer et rendre des services précaires, puisque toujours exposés à défaillir au moment le plus nécessaire.

Puisqu'on s'obstine à les y envoyer, il est d'autant plus indispensable de préciser dans quelles conditions.

J'ajoute : « Et il faudra qu'ils y aillent tous, sans exception aucune, à leur tour de départ ».

Un peu d'ordre, un peu de justice, s. v. p., dans l'organisation des Inaptes du Service de Santé. Il y en a grand besoin.

Dr P.

Réponse.

La C. M. 574 Cie/7 du 20 avril 1917, publiée à la page 834 du *Concours*, prévoit, dans son 2°, que le médecin apte restreint doit recevoir un emploi correspondant à sa compétence et à son aptitude.

———

Chacun à sa place?... Jugez-en !!

N'ayant aucun « piston » à faire valoir, répugnant d'ailleurs à employer ce moyen, je m'adresse au groupement professionnel médical du *Concours* avec l'espoir de me faire rendre justice.

J'ai fait fonction de chef d'équipe chirurgicale pendant cinq-six mois, lorsque, un beau matin, sans avoir démérité ou eu à subir un reproche, je reçois une affectation pour le Rég. d'Inf. où 5 médecins avaient été désignés pour deux places...

Et je suis « relevé » par qui? par le médecin même que j'avais remplacé officiellement au moment de sa relève pour l'intérieur, il y a cinq-six mois, médecin jeune, qui a eu l'habileté de faire garder sa place par une bonne poire, afin qu'il soit plus facile d'y rentrer, le moment venu de repartir aux armées.

Un tel concours de circonstances ne tient pas au hasard.

Au front depuis le début, en ce qui me concerne, je compte dix-huit mois environ dans l'infanterie, vingt-quatre mois de chirurgie de guerre, achevés, tant comme aide que comme opérateur, dont cinq-six mois comme chef d'équipe.

Faisant partie de cette équipe B 2, j'ai été non seulement proposé pour être titularisé chirur-

gien B, mais proposé chirurgien A, par mon chef de service, chirurgien consultant, professeur à L... Quel cas a-t-on fait de ces notes? Que sont-elles devenues? Ai-je le droit de demander communication de mon dossier?

Dans la République actuelle, sous la devise traditionnelle inscrite seulement aux monuments publics, sont-ce vices rédhibitoires que d'être médecin chirurgien à la campagne, par goût ou autrement, que de ne pas posséder le titre d'Interne ou d'Externe, parce que fils d'ouvrier ? Je n'ai jamais eu de relations suffisantes, ni la fortune pour affronter avec succès les concours — que d'être le fils de ses œuvres, d'avoir travaillé obscurément, mais sûrement, au point que je puis me flatter d'avoir acquis, dans la clientèle civile, une notoriété et une autorité supérieures à la moyenne?

Dr N.

Réponse.

Nous soumettons à la bienveillante attention de M. le sous-secrétaire d'État Mourier, cette lettre, réédition presque textuelle d'un cas analogue signalé dans un précédent numéro. Et nous osons compter sur son esprit de justice pour qu'il obtienne des autorités médicales supérieures, à la disposition de qui le personnel est placé, d'en faire la répartition en tenant compte de l'âge, des aptitudes, des spécialisations.

Est-ce donc si difficile??

L'Union des Médecins mobilisés contre l'Administration.

J'ai compris que l'accord serait facile entre médecins, avec un programme tel que celui-ci :

a) L'autonomie du Service de santé.

b) La répartition des grades. — Active, 1 galon. Réserve de l'active, 2 galons. Territoriale, 3 galons. Au-dessus, au choix.

c) L'emploi selon les compétences chirurgicales ou spécialisations.

1) *Dans la zone dangereuse :* l'active et la réserve de l'active et les volontaires.

2) *Dans la zone des étapes* : les Territoriaux.

Avec la relève fonctionnant de la façon suivante :

1) *Trois mois à l'intérieur ;*

2) *Neuf mois au front.*

(N'oublions pas que nous sommes 17.000 mobilisés et qu'il suffirait au front de 10.000 médecins, ce qui fait 20 médecins par kilomètre).

d) L'application de la circulaire Godart « Pas d'inaptes ».

Nous ajoutons « Pas de paresseux, et moins de paperasseries ! ! »

e) La mise en sursis des médecins R. A. T. (anciens R. A. T. de 1914, tout au moins).

Que ces R. A. T., les médecins civils volontaires, les docteurs retraités de la guerre et de la marine, les médecins étrangers exerçant sur le territoire, puissent être sollicités d'assurer le le service des petits hôpitaux militaires, bénévoles, celui des prisonniers boches, etc., etc... En un mot que l'effort soit général...

L'accord, dis-je, serait facile sur ce programme minimum.

Alors pourquoi votre estimable journal, qui se dit le défenseur des médecins de France, n'essayerait-il pas de constituer un *Syndicat de défense des Médecins mobilisés* et ne présenterait-il pas prochainement au Dr Louis Mourier parmi « tant de gens empressés à lui plaire » une petite délégation... qui essaierait de lui faire comprendre que, pour une réforme nécessaire et de toute justice, nous n'avons pas le temps d'attendre que la guerre, que toutes les guerres soient finies et que les thuriféraires aient brûlé tout l'encens ?

Un danger pour l'après-guerre.

Je me permets de vous signaler le fait suivant qui démontrera une fois de plus comment les circulaires sont appliquées :

Une circulaire ministérielle sur les affectations des officiers du service de santé aux armées et à l'intérieur, (Circulaire du 17 octobre 1916, no 290 Ci/7) prescrit « qu'en aucun cas les officiers de complément du service de santé, médecins, pharmaciens, officiers d'administration appartenant par leur âge à des classes mobilisables ne pourront être affectés à des formations sanitaires, dépôts de corps de troupe, emplois quelconques, dans les localités où ils sont domiciliés en temps de paix ou dans les localités voisines ».

Je vous signale le cas d'un confrère mobilisé dans une localité voisine de celle où il exerce en temps de paix, localité voisine elle-même de mon lieu de résidence d'avant-guerre et où tous les deux étions appelés. Ce confrère mobilisé là dans un hôpital, fait de la clientèle civile dans la localité et les environs et me porte par ce fait un tort considérable à moi qui suis sur le front depuis le début et qui, à mon retour chez moi, aura à lutter pour retrouver mes anciens clients devenus pendant la guerre les clients du confrère voisin.

Docteur X.
Aide-major 1re classe.

L'indemnité de cherté de vie.

I. Je lis dans votre dernier numéro la réponse du ministère de la Guerre, à une question du député Charles Bernard au sujet de l'indemnité de cherté de vie à accorder aux officiers permissionnaires du front. Qu'est cette indemnité, et à qui s'applique-t-elle ? Quand j'étais dans mon régiment, les permissionnaires touchaient 2 francs par jour de permission, ou environ, quand ils étaient hommes de troupe. Est-ce une indemnité analogue que devraient percevoir les officiers (tant d'active que de réserve) ; ou bien la question du député visait-elle le cas très particulier d'un officier parisien à qui on retenait pendant ses permissions l'indemnité de 2 fr. 50 de la place de Paris, accordée aux officiers d'active et aux officiers de réserve remplissant certaines conditions au moment de la mobilisation ?

En un mot l'officier permissionnaire a-t-il droit à une indemnité quelconque pendant le temps qu'il passe en permission? La question peut intéresser des confrères, et m'intéresse particulièrement, car depuis le 1er juillet 1917 (date de rétro-activité de la circulaire) j'ai eu trois permissions de détente sur le front français, au cours desquelles j'ai touché ma solde nette.

II. Dans un de vos derniers numéros, je voyais aussi une réponse du ministre au sujet de l'impôt des automobiles des médecins mobilisés. La réponse ne m'a pas surpris : la possession entraîne la taxe. Le ministre aurait même été logique en disant que les voitures sont passibles de la taxe entière, car elles ne servent plus à l'exercice de la profession de leur propriétaire.

Seulement le ministre parle des personnes « momentanément empêchées de faire usage », je crois. N'est-ce pas le point faible de son argumentation ? « Momentanément empêché » s'entend du cas de maladie du propriétaire, par exemple. Le cas de mobilisation ne constituerait-il pas le « cas de force majeure » créé par l'État, et dont il devrait assumer la charge? Une mobilisation de quatre ans n'est pas un empêchement momentané.

Ne croyez-vous pas que les médecins mobilisés auraient intérêt à provoquer l'avis du Conseil d'Etat? On les met dans l'impossibilité d'user de leurs autos, et on les taxe pour la possession de ces voitures qui, après la guerre n'auront plus que la valeur de la ferraille.

III. A partir de quelle date les officiers ont-ils droit à l'indemnité de combat ? 31 mars 1917, ou 1er janvier 1918 ? Dr A.

Réponse.

1° L'indemnité dont il s'agit dans la question de l'honorable député, est l'indemnité dite de cherté de vie, allouée dans cer-

taines places, aux militaires qui y sont en garnison. Cette indemnité, dans le Gouvernement Militaire de Paris, est de 2 fr. 50 par jour pour les officiers subalternes, et de 4 francs pour les officiers supérieurs. Elle est perçue, non seulement pendant la présence effective dans la place, mais encore pendant les permissions régulières. Les officiers du cadre actif, domiciliés avant la guerre dans une place où est allouée une indemnité de cette nature, continuent à la percevoir, *quelles que soient leurs affectations successives.*

Les indemnités du front et allocations représentatives des rations de vivres, perçues dans la zone des armées, cessaient de l'être pendant les permissions des officiers. Nous venons d'apprendre que cet état de choses prend fin et qu'au cours de leurs permissions, les officiers continueront à percevoir toutes les indemnités et prestations du front.

2° En matière d'auto, possession, même sans usage, entraîne *l'obligation de la taxe.* Il n'y a rien à tenter contre cette application de la loi de finances, et tout recours devant le Conseil d'Etat risquerait d'échouer.

3° Depuis le 31 juillet 1917, autant que nous pouvons être renseignés.

Les médecins peuvent-ils obtenir des permissions agricoles?

Pourriez-vous me faire savoir par le *Concours* si un médecin, classe 1896, *par ses charges de famille,* a droit, toutes autres conditions requises, à une permission agricole. Dr R.

Réponse.

Le 26 septembre 1917, le ministre a déclaré à l'*Officiel*, que les officiers de complément des classes 1896 et plus anciennes, peuvent obtenir des permissions agricoles comme ouvriers agricoles, fermiers, métayers ou propriétaires exploitants. (*Concours Médical*, 15, II, 18, p. 187).

Le 5 décembre 1917, le ministre a déclaré à l'*Officiel* que les médecins ne faisant pas partie des officiers de complément pouvant obtenir des permissions agricoles. (*Concours Médical*, 1, IV, 18, p. 324).

Mais nous savons que des médecins, propriétaires exploitants, ont obtenu des permissions de ce genre.

Nous craignons toutefois qu'on ne vous objecte que vous n'êtes pas dans les conditions de classe requises, des charges de famille n'intervenant pas sur ce terrain.

Les permissions agricoles ont, d'ailleurs, été remplacées par des détachements à la terre.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Les Études et les Etudiants mobilisés.

Dans le n° du 1er janvier 1918 du *Concours médical*, nous examinions les conditions dans lesquelles il nous paraissait possible et désirable que les étudiants en médecine mobilisés puissent être autorisés à continuer leurs études, sans que les intérêts de la défense nationale soient compromis.

Nous avons examiné successivement les différents degrés d'avancement de la scolarité des intéressés, et nous suggérions une proposition qui se résumait, au total, à ramener ceux-ci dans les villes où existent une Faculté ou une Ecole de médecine, pour leur permettre de suivre les cours, faire les travaux pratiques et effectuer le stage hospitalier nécessaires pour prendre telle inscription et subir tel examen.

Il nous est particulièrement agréable de constater que cette proposition a été prise en considération en haut lieu, et qu'elle est en passe d'être mise en pratique.

Nous lisons, en effet, dans les journaux, que « M. Mourier, sous-secrétaire d'État au Service de Santé, vient de donner des ordres pour que les étudiants en médecine mobilisés et dont les études avaient été interrompues par la guerre, puissent, sous certaines conditions, les poursuivre sans cesser de servir aux armées. Dans ce but, il a été décidé que *les étudiants intéressés pourront être dorénavant affectés à des villes possédant une faculté de médecine*, sur leur demande, accompagnée d'un certificat du doyen de leur faculté d'origine attestant qu'ils réunissent les conditions spéciales précisées par la Circulaire du 7 novembre 1917 ».

Quelles sont ces diverses conditions requises, auxquelles la note précitée fait allusion ?

Nous avons vainement feuilleté le *B. O.* (*Bulletin officiel* du ministère de la Guerre), pour y trouver les précisions désirables. Toutes les Circulaires du Service de Santé n'y sont pas insérées, et nous n'en avons pas toujours connaissance.

Autant cependant que nous sommes renseignés, nous croyons savoir que la nouvelle mesure est applicable aux étudiants évacués des armées pour blessure ou maladie, ou classés dans le service auxiliaire. D'autre part, elle ne pourrait, en tout état de cause, être revendiquée par ceux que leur âge classe dans l'armée active. Ce sont ceux des classes 1917-1918-1919.

Au surplus, les intéressés devront pouvoir obtenir tout renseignement à ce sujet en s'adressant à l'autorité médico-militaire de laquelle ils dépendent.

Nous sommes heureux de voir notre sous-secrétaire d'État s'engager dans cette voie, et, s'il ne nous est pas prouvé que nous avons contribué à l'ouvrir, cette voie, à ses réflexions, nous n'en éprouvons pas moins quelque orgueil à constater la communauté de vue qui existe à ce sujet entre les hauts dirigeants du Service de Santé et notre modeste organe.

Si nous avons appliqué toutes nos forces à chercher à défendre les intérêts des docteurs en médecine, surtout des vieilles classes, nous ne pouvons oublier que les étudiants en médecine sont les méd cins de demain et qu'ils ont droit également à toute notre sollicitude.

Elle continuera à ne faire défaut ni aux uns ni aux autres.

N. B. — Au moment de mettre sous presse, nous avons connaissance de la C. M. qui règle la réorganisation des études médicales des étudiants mobilisés. En voici la teneur qui confirme ce que nous indiquons ci-dessus :

Affectations dans les villes de Facultés des médecins, aides-majors, sous-aides-majors et médecins auxiliaires qui réunissent les conditions requises par la Circulaire du ministre de l'Instruction publique du 7 novembre 1917.

Aux termes de la Circulaire du ministre de l'Instruction publique, en date du 26 mars 1918, les étudiants des classes 1916 et antérieures, déjà inscrits dans les facultés et actuellement sous les drapeaux, sont autorisés à prendre des inscriptions et à poursuivre leur scolarité à partir du 1er avril 1918, dans la mesure où le leur permettront leurs obligations militaires.

Antérieurement à cette date, le ministre de l'Instruction publique, *par sa Circulaire du 7 novembre 1917*, avait autorisé les étudiants versés dans le service auxiliaire pour blessures ou maladie contractées au front, les officiers combattants, évacués du front pour blessure ou maladies, les médecins et pharmaciens, aide-majors, sous-aide-majors et auxiliaires évacués pour blessure ou maladie contractée au front, à prendre des inscriptions et poursuivre leurs études.

Comme conséquence de cette décision, le sous-secrétaire d'État du Service de Santé a été saisi, soit par le ministre de l'Instruction publique, soit directement par les intéressés, d'un certain nombre de demandes d'étudiants bénéficiant de ces dispositions, en vue d'être affectés dans les villes de leur faculté d'origine.

J'ai décidé que ces dispositions seront appliquées dans les conditions suivantes :

Les étudiants, susceptibles d'en bénéficier, devront m'adresser leur demande par votre intermédiaire.

Cette demande devra être accompagnée d'un *Certificat délivré par le Doyen de leur Faculté*, attestant qu'ils réunissent les conditions prévues par la Circulaire du 7 novembre 1917.

Les affectations aux villes de Faculté seront faites par les soins de mon administration.

Ces étudiants assureront un service hospitalier dans les formations sanitaires de la Place, mais, dans la mesure où le permettront les obligations du service, une certaine latitude leur sera accordée pour poursuivre leurs études à la Faculté.

Louis Mourier.

Nos futurs confrères.

Une réclamation légitime d'Etudiants en médecine qui demandent à être envoyés au front.

La grande sympathie que le *Concours médical* a toujours témoignée aux étudiants en médecine, les grands avantages qu'elle leur a fait obtenir nous incitent aujourd'hui, à venir demander encore à votre journal l'appui de tout son crédit.

Beaucoup d'entre nous, fils de médecins et de professeurs, ont pu juger par eux-mêmes du souci constant de la justice que vous avez toujours montré dans la défense de leur cause et de leurs intérêts.

Aussi, venons-nous vous supplier d'élever la voix en notre faveur, persuadés que notre demande ne sera pas repoussée et que par l'intermédiaire de votre journal, Monsieur le sous-secrétaire d'Etat du service de santé, M. le prof. Roger, M. le prof. Hartmann, Messieurs les médecins et députés, qui ont si souvent pris notre cause en main voudront bien encore intervenir en notre faveur et plaider pour nous.

Etudiants en médecine de la classe 1918, nous avons été mobilisés en fin d'avril 1917. Grâce à une circulaire de M. le ministre de l'Instruction publique, nous avons été autorisés à ajouter aux trois inscriptions que nous avions lors de notre appel sous les drapeaux, notre quatrième inscription, et à nous présenter au premier examen de fin d'année (nouveau régime) dont nous avions déjà passé une partie en mars 1917.

Incorporés dans des centres spéciaux, Paris, Lyon et Bordeaux, nous avons accompli un stage de trois mois en médecine et trois mois en chirurgie, tout en suivant des cours préparatoires à l'examen de médecin auxiliaire. Tout dernièrement nous l'avons subi avec succès.

Conformément au décret ministériel paru à l'*Officiel* du 18 janvier 1917 nous avons cru qu'il nous serait permis de partir sur le front comme médecin auxiliaire.

Nous avons en effet :

1° Quatre inscriptions de médecine et l'examen de fin d'année.

2° Un stage civil d'au moins un an.

4° Un stage de six mois dans les hôpitaux militaires.

3° L'examen réglementaire.

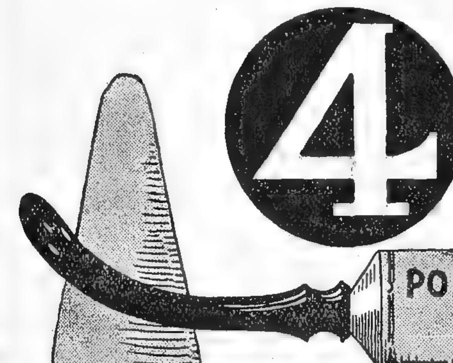
On nous objecte alors que la quatrième inscription accordée par M. le ministre de l'Instruction publique n'est nullement valable pour notre situation militaire ; et, quoique ayant quatre inscriptions validées, nous suivrons le même sort que les étudiants à deux inscriptions. C'est-à-dire que, avant notre nomination, nous devrions accomplir un stage de six mois dans une formation sanitaire plus ou moins distante du front, tandis que nous brûlons tous du désir d'aider nos aînés dans leur tâche glorieuse, et d'être nommés médecins auxiliaires dans les régiments où ceux-ci font défaut.

Mais alors, quelle utilité d'avoir travaillé double pour finir notre année et bénéficier de la situation qui nous était offerte, si cette quatrième inscription, n'est pas reconnue cumulative avec la troisième et de ce fait, validée avec elle ?

Sans cela, elle ne peut l'être que par l'examen de fin d'année qui n'a eu lieu que peu après notre incorporation.

Et d'autre part, n'a-t-elle pas été reconnue validée puisque nos camarades à huit inscriptions ont été nommés médecins auxiliaires sans examen ?

Si nous ne sommes pas nommés, nous partirons sous peu comme infirmiers de deuxième classe dans la zone des armées. Pourquoi donc nos camarades d'étude, étudiants ès-sciences, candidats aux écoles, sont-ils plus favorisés que nous ? Pourquoi, au point de vue militaire, les concours des écoles « Polytechnique et Normale »,


POMMADE ADRÉNO-STYPTIQUE
MIDY

passés notre classe étant sous les drapeaux, sont-ils valables, et non pas notre examen de fin d'année et notre quatrième inscription acquis dans les mêmes conditions ?

Nous espérons que l'on accordera réflexion à cet exposé. Validez notre quatrième inscription, reconnaissez que réellement nous avons notre premier doctorat, ce sera le plus sûr moyen d'intensifier notre action jeune et certaine.

Des précédents existent : nos camarades à huit inscriptions ont été nommés et dès lors il ne peut être question de notre jeune âge ; de même les récupérés de la classe 1917 (quatre inscriptions) et les appelés de la classe 1917 ont été nommés et sont partis dès leur stage terminé et leur examen passé.

Nous, nous sommes les derniers arrivés. Permettez-nous d'espérer pouvoir aller rejoindre dans les régiments et les ambulances nos frères aînés et nos camarades, plutôt que de rester à l'arrière dans des hôpitaux pour étudiants. Au moment où nos devanciers sont autorisés à prendre des inscriptions après trois ans de campagne, laissez-nous leur faciliter la tâche en allant les remplacer à leur place d'honneur.

Monsieur le Directeur, nous vous prions d'excuser la liberté que nous avons prise et du temps que nous vous faisons perdre. Si même nous n'obtenons pas ce que nous demandons tous, nous vous serons infiniment reconnaissants d'avoir bien voulu aider les étudiants de la classe 1918 à accomplir aussi utilement que possible leur devoir de Français.

Les Etudiants du Centre d'Instruction de Lyon.

Démilitarisation de la Médecine.

Le Concours Médical du 1er décembre 1917 a reproduit les parties essentielles d'un travail dans lequel je concluais à l'extension aux ouvriers militaires de l'organisation médicale appliquée aux autres ouvriers (chemins de fer, grandes usines, etc...). Cette conclusion a déplu à quelques médecins militaires et le docteur Grandjux, président de la Fraternelle du *Caducée*, s'est fait leur interprète dans *la Grande Revue* de mars 1918.

M. Granjux se plaint qu'une « enquête sur l'enseignement » ait abouti au « procès des médecins militaires de carrière ». Je n'y peux rien : le résultat est purement objectif. M. Granjux ne contredit pas, du reste, la partie didactique de mon travail qui expose pourquoi et comment l'une aboutit à l'autre. Il se borne à formuler, à son sujet, une comparaison entre l'école de Lyon et d'autres écoles militaires, comparaison qui n'entraîne pas raison.

Les résultats, mon honorable contradicteur les confirme de façon éclatante.

En effet, que dit-il? Il dit « qu'il y a un abus en ce moment des médecins du cadre actif sur le territoire. » Il déclare d'après son propre journal (*Le Caducée*) que l'on a « retiré systématiquement des corps de troupe les médecins du cadre actif pour les placer dans les formations sanitaires, laboraroires, directions, etc... » Je n'en ai pas dit plus et M. de la Palice eût suffi à exprimer l'idée que, dans ces formations, le danger était moindre qu'au front. M. Granjux, ancien médecin militaire de carrière, constate donc ce que j'ai constaté moi-même,

D'un tel déplorable résultat — qu'il déplore comme moi-même, je suis heureux de le noter — il se borne à rejeter la responsabilité sur des tiers au lieu de l'imputer au milieu et à la méthode d'enseignement militaire, ainsi que je l'avais fait. « La cause, dit-il, n'en est pas la mentalité des médecins militaires » comme je l'avais écrit, « mais les ordres du Sous-Secrétariat du Service de Santé. » L'ironie est plaisante. Si, en effet, un avocat fut longtemps à sa tête, M. Granjux ne niera pas que les bureaux du Sous-Secrétariat d'Etat (bien plus puissants que le Sous-Secrétaire lui-même), étaient remplis d'officiers de carrière. Comment ceux-ci pourraient-il répudier la responsabilité d'ordres qui, s'ils n'en bénéficiaient le jour même, pouvaient leur être utiles le lendemain et dont bénéficiaient immédiatement leurs camarades, élevés dans la même école, inscrits dans la même caste professionnelle?

M. Granjux a trouvé une autre excuse, mais elle ne vaut pas mieux! « L'autonomie votée en 1882, dit-il, n'est que nominative et illusoire. » Qui conclurait avec M. Granjux, excellent « archer et mauvais raisonneur » à la pérennité d'un corps qui, légalement, pourvu de son autonomie depuis 35 années, vit encore sous une si lourde sujétion qu'elle lui fait commettre les fautes que nous connaissons tous et dont ses répondants n'essayent de le dégager qu'en en rejetant la responsabilité ailleurs?

On pourra étudier, plus tard, l'autonomie dont le Service de Santé s'est contenté pendant 32 années de paix et devenue, en 3 ans de guerre, insuffisante à ce point qu'il en réclame une nouvelle, comparer les deux statuts et escompter le bien que tirerait la collectivité à ce que la nouvelle (je cite le rapport déposé sur le bureau de la Chambre) : « donne aux officiers du Corps de Santé les mêmes droits et prérogatives que les officiers des autres armes. »

Aujourd'hui la question est plus générale. Je n'aurais appelé à mon aide aucun parlementaire. Mais M. Granjux s'est fait fort de l'opinion du Dr Fernand Merlin, rapporteur du Service de Santé à la Commission du budget. Examinons donc ce que le Dr Merlin a produit devant la Chambre. Il y a rappelé — associant les 17.307 médecins de complément et les 1288 du cadre

actif — les améliorations introduites dans l'armée depuis 1914, les découvertes scientifiques de la guerre et a demandé qu'on ne dispute plus aux médecins l'honneur d'avoir été au danger, c'est-à-dire, en termes militaires, le titre de « combattants » et que le Corps de Santé devienne la sixième arme.

Les médecins militaires ont tout juste un treizième de cet éloge parlementaire. Et ils le savent bien, si M. Granjux l'ignore.

Mais ils endossent en totalité, eux qui « dirigèrent », le « gaspillage des forces et des activité médicales », « l'incohérence » et bien d'autres méfaits que le même député leur a reproché dans le même lieu et dans plusieurs séances.

Je résume :

Les améliorations apportées dans le fonctionnement du Service de Santé depuis la guerre sont dues pour les 12/13es au moins à des médecins civils mobilisés. D'autres diront à quels obstacles elles se heurtèrent souvent du côté de la médecine militaire (et non du « commandement », comme M. Granjux voudrait bien qu'on le croie).

La répartition illogique et inéquitable des médecins du cadre actif que M. Granjux considère, avec juste raison, comme une « atteinte des plus graves à l'honneur professionnel du Corps de Santé » ressort de ses propres considérants.

Voilà *des faits*.

A tout Français d'en tirer une conclusion et de dire s'il est possible que ces faits aient résulté d'une « autonomie » plus ou moins large, plus ou moins brève ou d'une mentalité créée par le milieu et qui ne disparaîtront qu'avec lui.

A. Mignon.

Relève et répartition des médecins.

Je suis déjà un vieil abonné du *Concours* et je fais partie de la Mutualité familiale. Ces deux titres m'encouragent à vous soumettre les réflexions suivantes commandées par les nombreuses lettres déjà publiées dans le *Concours* au sujet de la relève et de la répartition des médecins.

1° La formule Mourier est parfaite. Vous la faites vôtre et vous en appelez l'application de tous vos vœux dans tous vos numéros. Nous aussi, nous applaudissons en particulier au paragraphe 2 de la C. M. du 15 février 1918 : « En ce qui concerne les officiers du cadre de complément, l'éloignement du front ne saurait avoir d'autre règle que l'ancienneté de classes aussi bien en médecine générale qu'en spécialités. Comme pour toute l'armée la place des jeunes est à l'avant. » On ne saurait mieux dire. Mais cette circulaire n'est pas appliquée; les exceptions foisonnent. On ne peut s'en étonner en lisant la circulaire suivante qui contredit la précédente : « Les formations d'armée ne possédant en général que des médecins des classes anciennes, inaptes, à aptitude physique restreinte ou ayant déjà fait un long séjour dans les corps de troupe il est indispensable que la mesure prescrite (il s'agit de la relève des médecins de bataillon) s'opère à l'intérieur des divisions et corps d'armée de manière à obtenir un roulement périodique et le passage alternatif des médecins dans les corps de troupe et les formations sanitaires. » Ceci émane du chef supérieur du Service de Santé de la 12e armée. Cette mesure aura simplement pour effet l'envoi dans les bataillons des médecins déjà âgés des formations divisionnaires et le maintien à l'arrière du front (H. O. E. et étapes) de très jeunes gens. En effet, voici par exemple les âges des médecins et officiers de deux ambulances divisionnaires que je connais, et ce n'est pas une exception :

Ambulance A.		Ambulance B.	
Médecin-chef,	43 ans	Médecin-chef,	36 ans
Aides-major,	41 ans	Aides-major,	47 ans
—	38 ans	—	37 ans
—	34 ans	—	35 ans
—	34 ans	—	28 ans
Pharmacien,	34 ans	Pharmacien,	42 ans
Off. d'admnis.	36 ans	Off. d'admnis.	25 ans

A l'arrière du front, s'il y a quelques médecins âgés, on trouve gravitant autour de nos maîtres des hôpitaux un grand nombre d'étudiants ou de très jeunes docteurs qui ont un ou deux galons d'aide-major, ne sont inaptes que pour les besoins de la cause ou spécialistes que par occasion. En réalité ils ne sont là que par la toute puissance de leurs parenté ou de leurs relations. Ces jeunes là (et ils sont légion), ne sont pas à l'avant. D'aucuns ont été médecins de bataillon peu de temps. Ils ne le seront plus désormais. Or, ils sont célibataires, jeunes, actifs, en bonne santé; et ils sont chargés de services très importants où leur jugement mal formé et leurs capacités forcément restreintes se trouvent souvent en défaut. Les médecins de 34 à 45 ans sans relations assureront donc la relève dans les bataillons, et dans les formations divisionnaires sans espoir de s'éloigner un jour des lignes. Or, tous ceux-là sont des praticiens; beaucoup sont mariés, pères de famille; beaucoup sont très instruits, possèdent des titres scientifiques et ont fait dans la vie civile preuves de hautes capacités professionnelles. C'est la masse du corps médical français. Certes, il ne marchande pas son dévouement. Les médecins quel que soit leur âge ont assez prouvé qu'ils savaient à l'occasion souffrir et mourir pour le pays. Mais le bon sens et la justice disent qu'un médecin de 34 à 45 ans, établi, marié, père de famille, a plus de droits à rester

Petite Correspondance

Dr A. à *Concours*. — Profitant de l'état de guerre un grand nombre de médecins étrangers sont venus s'installer aux lieux et places des médecins français mobilisés. Justement ému de cet état de choses, le Préfet sur les instances des confrères français a notifié à ces messieurs d'avoir à cesser l'exercice de la médecine à Nice, leur laissant la liberté d'aller s'installer dans les localités, provisoirement dépourvues de praticiens.

Mais à côté de ces derniers non pourvus de diplomes français, un certain nombre d'autres confrères étrangers sont venus également s'implanter dans le pays, sous prétexte qu'ils ont un diplôme d'une Faculté française.

En effet, la loi de 1892 confère bien ce droit à toute personne munie d'un diplôme délivré par le Gouvernement français. Mais cette loi n'a-t-elle pas été modifiée? — Je crois me rappeler que pour lutter contre l'envahissement des étrangers qui, après quelques mois de scolarité chez nous,

Suite page XX.

Petite Correspondance (*suite*)

—

obtenaient trop facilement ce droit de nous concurrencer, on avait fait adopter une modification à la loi. On avait créé le diplôme d'Etat accordé seulement aux français et le diplôme d'Université, qui tout en permettant aux étrangers de se faire sacrer docteur à Paris, ne leur conférait pas le droit d'exercer chez nous, s'ils n'y avaient pas rempli leurs obligations militaires. Pourriez vous me renseigner à ce sujet et me donner des indications précises. Il est temps de se défendre si nous devons tenir !

Réponse. — Un décret du 21 juiillet 1897, art. 15 a, en effet, créé le diplôme d'Université, qui ne confère pas les droits attachés au diplôme d'Etat. Le Doctorat en médecine universitaire ne donne donc pas à son titulaire le droit d'exercer en France l'art de guérir.

Mais le diplôme d'Etat peut être accordé aux étrangers comme aux Français, et les étrangers qui en sont titulaires (et ils sont nombreux) peuvent exercer en France comme les Français, à la condition de faire enregistrer leur titre, comme les Français eux-mêmes, à la Préfecture ou Sous-Préfecture, au greffe du Tribunal Civil et de le faire viser à la Mairie du lieu où ils ont leur domicile.

Quant aux autorisations d'exercer pour la durée des hostilités, qui auraient été données à certains médecins étrangers non titulaires du diplôme d'Etat Français, il est très douteux qu'elles aient une valeur légale.

Dr P. à *Concours*. — Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître par la voie du Journal :

Quelles sont les opérations autres que l'autopsie visées par le décret du 22 novembre 1893 réglant les honoraires médico-légaux ?

L'Examen à l'aide du spéculum et du toucher vaginal doit-il être taxé comme simple visite ainsi que le prétend Monsieur le Procureur Général de Dijon ?

Réponse. — Par arrêt du 19 avril 1918, le Conseil d'Etat a admis que l'honoraire de 10 francs alloué par l'article 4 du décret du 21 novembre 1893 n'est du qu'en cas d'intervention chirurgicale et ne saurait être réclamé pour une visite consacrée à l'examen des organes par inspection, auscultation ou palpation, avec ou sans le secours d'instruments destinés uniquement à permettre au médecin de formuler un diagnostic.

à l'arrière-front qu'un jeune homme de 25 à 30 ans, fut-il à la déclaration de guerre élève d'un de nos maîtres. Il n'y a pas deux façons d'instituer un juste classement du corps médical aux armées. L'échelonnement doit se faire selon l'âge. « Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ». Vous serez d'autant plus près de la ligne de feu que vous êtes plus jeunes. Hors de là, c'est l'injustice c'est le passe-droit, c'est la porte ouverte à l'intrigue, c'est le manoir à l'envers.

2° La circulaire n° 666 du 15 février 1918 dit encore : « La place naturelle des officiers du cadre actif est aux armées ». Ceci s'applique aux médecins militaires de carrière. Il n'est pas exagéré de dire que beaucoup ont encouru les critiques des praticiens. Un de vos correspondants, le Dr C., fait remarquer qu'il y a seulement 1.258 médecins du cadre actif et que ce petit nombre explique leur rareté dans les formations divisionnaires. Il me semble, d'abord, que la circulaire ci-dessus devrait-être libellée ainsi : « La place naturelle des médecins du cadre actif est aux armées, dans les régiments et dans les formations divisionnaires. » Car « aux armées » ne signifie rien. Chacun sait qu'il n'y a aucune comparaison comme situation, difficultés matérielles, fatigues, souffrances et dangers entre le médecin de bataillon et celui de l'hôpital d'étapes. Le Dr C. calcule qu'il peut y avoir en moyenne huit médecins du cadre actif par division. J'en connais une très bien. Elle ne possède que quatre médecins militaires de carrière. Le divisionnaire : cinq galons ; le médecin-chef du G. B. D. : quatre galons ; un médecin-chef de régiment : trois galons ; un aide-major médecin de bataillon, deux galons ; le dernier, très jeune encore, à l'Ecole de Lyon au début de la guerre, est proposé pour le troisième galon, et va l'avoir prochainement. En réalité nous touchons là au vif du problème : la plupart des médecins militaires sont bien aux armées ; mais beaucoup, du fait de leur grade élevé y occupent des postes priviligiés. On peut poser en principe, qu'à trente ans, tout médecin du cadre actif à trois galons. Cela lui permet d'être au moins médecin-chef de régiment ou d'ambulance. C'est déjà un poste relativement priviligié. Ceux d'entre eux qui sont encore médecins de bataillon sont en nombre infime. A l'appui de ce que j'avance, je relève la dernière promotion des médecins du cadre actif (*Journal officiel* du 21 avril 1918) ; on y trouve nommés au grade de :

a) Médecin principal de 1re classe :
Quatre médecins divisionnaires.

b) Médecin principal de 2e classe :
Six divisionnaires ;
Deux médecins-chefs d'H. O. E. ;
Un membre de la Commission consultative du ministère.

c) Médecin-major de 1re classe :
Il y a dix-huit promus ;
Deux seulement sont médecins-*chefs* de régiment, les autres sont médecins-chefs de G. B. D., d'ambulances de laboratoire, ou au Maroc, ou à l'intérieur.

d) Médecin-major de 2e classe :
Il y a dix-huit promus ;
Neuf sont médecins-*chefs* de régiment.
Les neuf autres sont médecins chefs d'ambulance dans les autos-chir. ou aux directions de C. A.

Cette liste me paraît assez éloquente. Il n'y a pas d'aide-major dans cette promotion. A l'heure actuelle à peu près tous les médecins du cadre actif possèdent au minimum trois galons et de ce fait occupent des postes de choix. Et, à part quelques très jeunes gens qui étaient encore à l'école du Service de santé en 1914, tous les aides-majors de l'armée française sont des médecins de complément.

Depuis quatre ans bientôt ils ont un ou deux galons ; ils remplissent des fonctions ingrates et dangereuses ; ils encaissent, triment et obéissent depuis de longs mois. Aux plus heureux, aux plus vieux, tantôt sous la pression de l'opinion, tantôt sous celle de leurs amis politiques, on a donné un troisième galon, ou la croix de guerre ou la légion d'honneur. D'ailleurs ces distinctions n'ont pas toujours récompensé les plus dignes : le faux docteur Vacher illustre douloureusement cet aphorisme. Et il reste aux médecins de complément quelque amertume à constater que les ambulances de nos amis anglais comprennent cinq ou six médecins capitaines de 25 à 35 ans et sont commandés par un lieutenant-colonel de 35 à 45 ans. La solde ces confrères oscille entre 12.000 et 25.000 francs par an. Je m'attends à ce qu'on m'objecte que notre Poilu se fait casser la figure pour beaucoup moins cher. C'est entendu. Mais il me paraît cependant difficile de ne pas reconnaître que le corps médical français dit de complément n'est pas exagérément désavantagé quant au corps médical actif et moins bien traité que nos confrères des armées alliées en général. Les praticiens français ont la conscience du devoir accompli. Oui, mais cela ne nourrit pas la famille et n'efface pas au cœur la petite morsure qu'y imprime l'injustice. Et si le Dr C. ne connaît que dix médecins de complément qui se soient fait relever sans raison sérieuse, je considère qu'il faut y voir la preuve d'une belle abnégation et d'un très haut sentiment du devoir de la part des médecins français. Etant donné ce qui précède un plus grand nombre de défaillances morales ne serait pas injustifié.

Je crois vous avoir écrit sans passion. Vous ne trouverez point dans ces quelques lignes trace d'un plaidoyer pro-domo. Mais je pense que les

quelques précisions que je porte à votre connaissance pourront contribuer à éclairer votre religion pour continuer à parler en notre faveur, à nous « les petits, les obscurs, les sans-grade ».

DOCUMENTS OFFICIELS

Renseignements relatifs aux médecins auxiliaires rapatriés comme Sanitaires.

Il a été demandé au ministre si les médecins auxiliaires rapatriés comme Sanitaires, pouvaient, comme les médecins ayant rang d'officier, être employés dans les corps de troupe comme dans les formations Sanitaires, à la seule condition qu'ils soient maintenus dans ces emplois neutralisés.

Cette question doit être résolue par l'affirmative, l'utilisation de ce personnel dans ces emplois étant conforme aux conventions internationales.

A défaut d'emploi dans les groupes de brancardiers, les médecins auxiliaires rapatriés, comme Sanitaires, pourront donc être affectés au Service médical des corps de troupe dans les mêmes conditions que les médecins ayant rang d'officier également rapatriés Sanitaires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite [1])

Le Parlement s'engageait ainsi sur le terrain de la lutte antituberculeuse, suivant le plan qui avait présidé à la construction du dispensaire de l'hôpital Laënnec. Pour réaliser ce vœu du Parlement il fallait évidemment créer de toutes pièces, de nouveaux organismes qui seraient des milieux d'éducation antituberculeuse dans lesquels, en même temps, les malades recevraient des soins appropriés à leur état. C'est pour atteindre ce double but que furent créées les stations sanitaires ; seulement, la charge de ces créations fut laissée au Ministère de l'Intérieur, et il fut établi une convention entre les Ministères de l'Intérieur et de la Guerre, en vertu de laquelle le Ministère de l'Intérieur recevait les militaires en instance de réforme, les gardait un temps moyen de trois mois avant leur présentation devant le Conseil de réforme, aux frais du Ministère de la Guerre. En même temps, l'Intérieur recevait pour son compte, dans les stations, les anciens militaires réformés n° 2 ou n° 1 et renvoyés dans leurs foyers.

Le séjour pour tous à la Station sanitaire, est, en moyenne de trois mois ; il peut être abrégé ou, au contraire, prolongé. Ce contingent de malades était très nombreux. Il fallait donc prévoir des frais importants et trouver des locaux suffisants pour recevoir ces malades. Le Ministère rechercha ces locaux ; il s'adressa aux départements pour faire ces installations, ou pour y aider (Circulaire 10 avril 1915). Et c'est ainsi que furent installées les Stations sanitaires dans les régions les plus favorables, et souvent dans les immeubles dévolus aux départements ou aux communes par la loi des Congrégations.

Une loi fut votée le 18 octobre 1915 sanctionnant les projets établis par les Ministères et affectant deux millions de crédit pour « les soins à donner aux militaires tuberculeux en instance de réforme ou réformés. » (Proposition Honnorat).

Les crédits votés en fin d'année et non dépensés furent reportés sur l'année suivante et c'est 3.500.000 francs qui furent inscrits dans le même chapitre, au budget de 1916.

Le 15 mars 1916, 15 stations sanitaires étaient ouvertes, avec un total de 1.220 lits ; 10 devaient être ouvertes quelques mois plus tard, avec un total de 640 lits. Bref, ces Stations doivent pouvoir recevoir plus de 2.000 tuberculeux. (Rapport Honnorat).

***

Le rôle des stations : Sanatorium et éducation pratique. Conditions précises d'admission.

Le but des « Stations » étant d'éducation pratique, ne peut certainement être atteint que si elles réalisent un milieu « éducateur », que si elles répondent à des conditions précises de situation, de climat, d'installation, nécessaires pour les soins à donner aux tuberculeux. Les Stations sanitaires doivent donc être de véritables sanatoria.

C'est bien ainsi qu'elles ont été conçues et des règles ont été tracées par la Commission permanente de la tuberculose ; programme des mesures indispensables : organisation, exposition, installations de désinfection, de crachoirs, etc., etc.

D'autre part, une circulaire du Sous-Secré-

(1) Voir n° 11 du 1er juin, p. 517 ; n° 12 du 15 juin, p. 568.

tariat du service de Santé établissait les conditions d'admission, de recrutement des malades, spécifiant les indications d'envoi et les contre-indications.

Il excluait les suspects, qui devaient être soignés dans les hôpitaux ordinaires, et les tuberculeux dont l'état grave rendait inopérante toute action thérapeutique.

Les Stations sanitaires sont donc réservées aux tuberculeux susceptibles de guérir ou de s'améliorer de façon à pouvoir reprendre une vie plus ou moins active, ou plus ou moins ralentie, dans leur famille.

Les règles d'admission sont nettement établies. Les malades réformables ou réformés, c'est-à-dire militaires ou civils, sont *admis* par le Ministère de l'Intérieur seul. En vérité, cette admission se fait sur pièces; propositions des hôpitaux sanitaires, d'une part, et des Comités ou dispensaires d'autre part, sur enquête médicale. C'est dire de suite que la question du triage des malades prête à de graves critiques et qu'il est souvent inopérant. Nous y reviendrons.

Le personnel médical des Stations est, en général, prêté par le Ministère de la Guerre; le personnel infirmier par une Société spécialement créée pour la lutte antituberculeuse : Société des Infirmières visiteuses de France.

***

Le Service de Santé crée les Hôpitaux sanitaires.

En même temps, le Service de Santé militaire créait de son côté, dans chaque région du territoire, un hôpital spécialement affecté aux tuberculeux. Le rôle de ces hôpitaux est de procéder à un triage, de retenir les malades et de les soigner jusqu'au moment où leur état se sera amélioré assez pour qu'ils puissent être envoyés dans les Stations, de réformer directement ceux qui ne peuvent être adressés aux Stations, etc. Les hôpitaux, au 15 mars 1916, disposaient d'un total de 5.513 lits. (Rapport Honnorat).

Enfin, comme les tuberculeux ne sortent pas guéris, qu'ils ont besoin d'être surveillés, suivis, aidés, on constitua des Comités d'Assistance aux militaires réformés pour tuberculose. Constitués en vertu de la loi de 1901, ces Comités n'ont, d'ailleurs, qu'une existence momentanée ; ils préparent l'entrée en scène des dispensaires antituberculeux.

***

Les Comités départementaux, transition vers les dispensaires assurent la « soudure ».

Et voici, en effet, le point par où se soude le système, le point de jonction. Voilà engagée, pour l'avenir, la lutte antituberculeuse, selon le *plan* fait en temps de paix. La loi crée pour toute la France, ces organismes qui sont, d'après le plan exposé plus haut, à la base du mouvement antituberculeux : les dispensaires. Cette loi a été votée le 19 avril 1916. Elle est en application aujourd'hui et déjà, dans un certain nombre de départements, le dispensaire a remplacé le Comité départemental qui s'est effacé devant lui.

Ces Comités départementaux qui n'ont qu'un rôle transitoire, se sont donc assigné le rôle même des dispensaires : continuer l'éducation des malades à domicile, les surveiller, les orienter vers des professions utiles ou vers des hôpitaux si leur état s'aggrave. Ils ont des Délégués qui se répandent dans la circonscription, Délégués un peu choisis au hasard des bonnes volontés. plus parmi ceux qui ont parlé tuberculose que parmi les techniciens réels.

Ces Comités ont agi suivant leurs ressources La Ville de Paris a continué son effort dans ce sens et, dans les terrains disponibles de certains hôpitaux, elle a édifié des baraquements susceptibles de recevoir 2.500 tuberculeux.

(*A suivre*).

Chronique des Accidents du Travail

Le Tarif Dubief et les médecins de campagne.

Depuis la guerre, le coût de la vie a augmenté d'une façon phénoménale, par suite de la diminution, de 30 à 50 %, du pouvoir d'achat de la monnaie fiduciaire ou métallique. Par une répercussion économique inévitable, le taux des salaires a suivi une progression ascendante, qui va s'accentuant de jour en jour, sans qu'on puisse encore prévoir une période de stabilisation. Pendant ce temps, les honoraires médicaux pour les accidents du travail (la partie, du moins, de ces honoraires payables par les chefs d'entreprise) sont restés au même taux fixé légalement (Art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905) et d'après les travaux d'une Commission ministérielle (Arr. min. du 21 mai 1905), dans un tarif appelé communément « Tarif Dubief », du nom du ministre qui le contresigna (Arr. min. du 30 sep. 1905). Ce tarif, révisable tous les deux ans, n'a jamais encore été modifié. Il en résulte, à l'heure actuelle, un manque d'équilibre, d'autant plus accentué qu'il était déjà, avant la guerre, médiocre pour les médecins parisiens, mauvais pour les médecins de petites villes et ridicule pour les praticiens de campagne.

Ayant l'honneur d'être le représentant de ces derniers à la Commission ministérielle du Tarif Dubief, je voudrais, dans une étude sommaire, et en dehors des modifications générales à demander, montrer quelles revendications spé-

ciales, *particulières* aux confrères de campagne, doivent être formulées par eux. Ils souffrent, en effet, dans diverses dispositions du Tarif actuel, d'une « diminutio capitis » d'une injustice flagrante, et cette injustice fut encore aggravée par certains... oublis inexplicables des bureaux ministériels, comme nous le verrons plus loin, ainsi que par un décompte fantaisiste dans l'évaluation des indemnités de déplacement, etc,..

Or, prenons y bien garde, confrères de campagne, ce précédent va devenir très dangereux, lorsque vous reviendrez des armées et reprendrez votre clientèle. A côté des accidents du travail, comme autrefois, vous trouverez toute une longue théorie de blessés et de malades, réformés no 1 et no 2, que vous devrez soigner, pendant 10, 20, 30 ans, avec toute votre science, tout votre cœur et tout votre dévouement, ainsi qu'ils le méritent bien, les braves gens... mais aussi « *aux frais de l'Etat.* »

Hélas! Nous savons trop ce que signifient ces mots pour ne pas tendre le dos, encore une fois, sous cette nouvelle charge pécuniaire qui va tomber sur notre échine. La LOI SUR LES PENSIONS qui vient d'être votée à la Chambre, admet le principe du Tarif spécial, autre que celui de l'Assistance médicale gratuite proposé tout d'abord ; ou, du moins, de la discussion, il ressort qu'on paraît avoir admis le principe d'un Tarif spécial, qui serait, alors, analogue au Tarif Dubief. (Voir le Compte-rendu analytique des débats sur ce point, dans le numéro du *Concours* du 15 mars 1918, pages 276 et suivantes). — Raison de plus pour bien faire ressortir en quoi, dans le Tarif Dubief, le médecin de campagne est un *parent pauvre*, afin qu'on ne retombe pas dans les mêmes errements, pour le futur Tarif spécial.

Dans l'aperçu suivant, je vais donc, je le répète, faire abstraction de nos revendications générales contre le Tarif Dubief, celles communes à tous les médecins et que nous ne cessons de formuler à la Commission, sans avoir pu, jusqu'ici, aboutir à la révision que nous demandons. Je ne me placerai qu'au point de vue particulier du praticien de campagne et c'est ainsi que je voudrais :

1o Montrer à quoi répond exactement le Tarif Dubief ;

2o Faire un aperçu de son histoire mouvementée, à travers les Commissions successives qui s'en occupèrent ;

3o Démontrer que, pour le médecin de campagne en particulier, c'est un tarif de famine et esquisser les modifications primordiales qu'il devrait subir pour être plus équitable;

4o Voir, en attendant la fin de la guerre, ce qu'on pourrait demander, d'urgence.

I. — A quoi répond le Tarif Dubief. — L'article 4 de la loi du 9 avril 1898 était ainsi conçu :

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs (100 fr.) au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'Assistance médicale gratuite.

Mais la loi du 31 mars 1905 modifia le deuxième paragraphe de la façon suivante :

Art. 4. — La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une Commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans...

Cette modification à l'article 4 exigeait donc l'établissement d'un Tarif particulier, pour remplacer ceux de l'Assistance médicale gratuite, pris tout d'abord comme bases. Or, pour l'établissement de ce Tarif, le ministre du Commerce devait prendre l'avis d'une Commission spéciale et dont les membres étaient spécialement indiqués, en tant que représentants des intérêts divers. Un arrêté ministériel du 20 mai 1905 institua donc, tout d'abord, cette Commission et c'est ainsi que — à la suite des travaux de cette dernière — parut enfin l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 « fixant le Tarif des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail », ou *Tarif Dubief*.

Mais il est nécessaire de bien savoir à quoi répond exactement ce Tarif Dubief, ce que trop de confrères ignorent encore actuellement. D'après le texte même de la loi, il répond non à *tous* les frais médicaux, c'est-à-dire aux honoraires *entiers* que peut réclamer un médecin à son client pour les soins donnés — mais seulement à la part de ces frais que le patron est tenu d'acquitter, quand le blessé a choisi lui-même son médecin. « Dans ce cas, dit la loi, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques *que jusqu'à concurrence de...* » Donc, le médecin reste libre de réclamer à son client tels honoraires qui lui paraissent convenables, quitte à ce que le patron ne rembourse à ce client les dits honoraires que jusqu'à con-

currence de... Il n'y a donc pas (le fait est important à noter) de mainmise de l'Etat sur le quantum d'honoraires que peut réclamer un médecin, contrairement à ce que voudraient faire entendre certains « Etatistes », désireux de trouver là un précédent pour faire taxer des honoraires quelconques réclamés par un médecin à un client.

II. — Aperçu historique sur les diverses Commissions de Révision du Tarif. — La *première Commission,* celle qui élabora le Tarif, de mai à juillet 1905, était composée de 17 membres, ne comprenant que trois représentants des médecins, confrères éminents qui luttèrent avec acharnement contre les prétentions excessives des assurances. Le nom du regretté confrère, le Dr Jeanne, directeur du *Concours Médical,* suffit à démontrer, d'ailleurs, à quelles mains expertes étaient confiés les intérêts du corps médical. Mais que pouvaient trois médecins dans une Commission de 17 membres?... Après des luttes épiques, le Tarif fut donc établi. Nos confrères avaient réussi, tout au moins, à préserver l'avenir en faisant admettre le Tarif « à la visite », alors que les assurances voulaient imposer le Tarif « forfaitaire », pour mieux liquider ainsi, au rabais, les frais médicaux incombant à leurs assurés — et, par suite, à leurs actionnaires,

Ce Tarif Dubief est révisable tous les deux ans. Etabli en 1905, il l'était donc en 1907. Un essai de révision fut tenté à cette époque, mais il échoua, malgré Diverneresse qui, dans la sous-commission, défendit les intérêts des praticiens... comme il sait le faire. Le ministre établit alors une Commission officieuse, arbitrale, dite *Commission des professeurs,* en 1908, et dont faisaient partie Lucas Championnière et Reclus. Tout comme Diverneresse, les professeurs déclarèrent que jamais le corps médical ne pourrait accepter le forfait dans les accidents du travail. Alors, devant l'obstruction patente des assureurs et l'impossibilité d'aboutir à une révision, les trois représentants des médecins à la Commission officielle, la première Commission, donnèrent leur démission.

En 1910, *deuxième Commission,* officielle, comprenant toujours trois médecins sur 17 membres. Mêmes luttes, même obstruction, même résultat négatif. — Depuis longtemps l'Union des syndicats médicaux ne cessait de faire entendre sa protestation contre le nombre infime des représentants des médecins dans la Commission. Le ministre d'alors fit mine d'entendre ses doléances et admit *deux* médecins de plus, dont l'un représentant les médecins spécialistes et l'autre les médecins de campagne. C'est ainsi que, sur présentation de l'Union dont j'étais vice-président, j'eus l'honneur d'être nommé à la Commission pour y représenter mes confrères de campagne.

Cette *troisième Commission* (1912) allait donc comprendre 5 médecins, au lieu de 3..., mais on y ajoutait 9 membres, dits « neutres », devant départager les intérêts et servir d'arbitres. Il en résultait qu'au lieu de 3 médecins sur 17, nous étions désormais 5 sur 27!... Cette aimable plaisanterie n'avança pas les affaires d'un iota. Après moult réunions, discussions, tant en commission qu'en sous-commission et où combattirent avec ardeur Lucas Championnière et Tourtourat, pour ne citer que les disparus, le Tarif Dubief, au début de la guerre, était toujours resté aussi immuable qu'un Dieu Terme!... Et voilà pourquoi votre fille est muette.

III. — Un tarif de famine pour les médecins de campagne. — L'ARTICLE PREMIER du Tarif Dubief est ainsi conçu :

« Article premier. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé, est fixé à 2 francs. »

Il est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris; 2° dans les localités où il serait reconnu après enquête, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans les dites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. La désignation de ces localités sera faite par arrêté ministériel, après avis de la Commission speciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par loi du 31 mars 1905, sur la demande qui en serait adressée au ministre du Commerce, au plus tard dans les trois mois de la publication du présent arrêté, par les syndicats médicaux ou par les associations locales de l'Association générale des médecins de France, par les groupements professionnels ouvriers ou par les groupements professionnels patronaux intéressés.

Il est réduit à 1 fr. 50 : 1° dans les localités contenant moins de 5.000 habitants; 2° dans les localités, quelle que soit leur population où il serait reconnu, suivant les formes et conditions speciales à l'alinéa précédent, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50. »

Il en résulte qu'on y distingue en France trois catégories de médecins dont la valeur marchande, si j'ose dire, est de 1re, 2e et 3e classe, bien qu'ils aient les mêmes titres scientifiques et soient appelés à donner les mêmes soins — avec plus de raison, on peut dire qu'ils sont catalogués en 1re, 2e et 3e zone, comme des vins de Champagne, puisque les trois catégories sont basées sur le terrain de culture (pardon?) sur la localité où sont donnés les soins. On explique cette anomalie en disant qu'à la campagne les frais du médecin sont bien moins grands qu'en ville et *a fortiori* à Paris. C'était peut-être vrai jadis, en partie, mais *depuis les autos,* qui ont habitué les malades à l'arrivée immédiate du

médecin — et cela quelle que soit la distance et la facilité de déplacement, depuis les autos, dis-je, la proposition peut-être considérée comme « retournée », en ce sens que le médecin de campagne a plus de frais nécessités par le métier lui-même que son confrère des villes. Au lieu d'un seul cheval que certains, par économie, « pansaient » eux-mêmes ou avec l'aide d'un gamin, c'est maintenant une auto, ou plusieurs chevaux qu'il lui faut *pour maintenir sa clientèle*. Le gamin de jadis est devenu un chauffeur (et on en sait le prix) ou un cocher-palefrenier qui ne se contente plus d'un modeste salaire, depuis que les ouvriers de culture payés chez moi, par exemple, 3 francs en 1905, ont actuellement 7 francs!... Et soit en essence, soit en frais de réparations, soit en salaires, on arrive, comme frais de transport, à un total de 5 à 6.000 francs par an. Il y a de quoi se payer, avec cela, un beau loyer dans une ville. — De ces changements de vie du médecin de campagne, de ces frais considérablement augmentés par les habitudes même du public qui, depuis les autos, veut être « servi vite », de cette nécessité pour le médecin de campagne de se mettre « à la hauteur », s'il veut simplement conserver sa clientèle, n'est-il pas équitable d'en tenir compte? Les pouvoirs publics ont augmenté les salaires de *tous* leurs fonctionnaires : ne doivent-ils pas trouver juste que les patrons, les chefs d'industrie, qui ont fait de même pour leurs employés, doivent les imiter quand il s'agit des soins médicaux, surtout ceux dont les prix furent « réduits », comme l'avoue le Tarif lui-même, et, tout d'abord, supprimer cette réduction injuste et d'autant plus njuste que désormais, depuis les autos, les frais généraux sont égaux pour les médecins de ville ou de campagne. Dès avant la guerre, en 1911, je me souviens avoir écrit plusieurs articles sur ce sujet, dans le *Bulletin de l'Union*, sous le titre : « A travail égal, salaire égal ». Aujourd'hui, comme alors, je ne puis que conclure à l'*unification du prix de a visite*, dans le Tarif Dubief pour tous les docteurs en médecine français.

Une remarque toutefois pour Paris et quelques *très* grandes villes. Là, les médecins ont parfois à se rendre fort loin de chez eux, et cela sans bénéficier de l'indemnité kilométrique (Art. 8) puisqu'ils ne changent pas de localité. Equitablement, on pourrait, au prix « unifié » de la visite, ajouter une majoration de cinquante centimes, par exemple, comme actuellement, à titre de *moyenne d'indemnité de déplacement*. Quant aux autres villes, je n'y vois pas de différence avec la campagne où le médecin s'en va souvent à 2 ou 3 kilomètres, dans un hameau (donc sans indemnité de déplacement) et n'a même pas la ressource du tram ou du car à dix centimes.....

Notons qu'au premier abord le prix était déjà unifié ainsi à deux francs, puis avait été *abaissé* à 1 fr. 50 dans les campagnes sous prétexte que dans un grand nombre de petites localités il était tel. La preuve en est qu'on admit aussitôt que ce prix serait *rétabli à 2 francs si le prix ouvrier était bien de deux francs auparavant*. Parfait! se dirent les confrères, ou plutôt un millier de confrères de campagnes (ravissantes) au courant de cette particularité. Ils firent donc les démarches et paperasseries nécessaires pour établir leur « droit aux deux francs ». Un millier de dossiers dûment apostillés parvinrent ainsi à la Commission du Tarif Dubief, en 1906, et vous pensez naturellement que ces confrères reçurent satisfaction?.....

Pas du tout!. Il y eut alors la plus splendide mystification qu'on pût rêver. La grande majorité des dossiers ayant paru en règle, on en fit un bloc avec avis favorable au ministre. Seuls, une centaine à peine, n'étaient pas assez plausibles. Ceux-là, on les mit à part pour les faire compléter. On les revit ensuite; on leur donna l'avis favorable et on les fit parvenir également au ministre. Or, *ces derniers seuls* furent homologués et, dans les localités qu'ils désignaient, le prix de la visite fut fixé à deux francs (Arr. minist. du 26 juillet 1906)..... Quant aux autres, ceux pour lesquels il n'y avait jamais eu conteste, le gros bloc approuvé dès le début par la Commission — oncques n'en entendit jamais parler, malgré toutes les réclamations postérieures. Ils étaient disparus, volatilisés, inexistants, et le millier de confrères, en règle, continua à se voir payer la visite 1 fr. 50.

Est-ce assez incroyable, funambulesque?..... Et pourtant c'est exact. De la véracité de cette histoire j'en appelle à Noir, à Diverneresse, à Gassot..... Comme autorités, je crois que cela suffira aux lecteurs du *Concours*.

Donc, pour le *vulgum pecus* campagnard, trente sous la visite, vingt sous la consultation. Le pire est que *tout* le Tarif est basé sur ces prix de famine puisque les « Allocations » diverses des tableaux A. B. C., etc., sont ainsi conçues « Allocations correspondant au prix de 2, 5, 10... visites ou consultations », ce qui augmente encore la différenciation de la « Valeur commerciale » des interventions de campagne, d'avec les autres. Exemples : Pansements antiseptiques (au cabinet) : — Paris et grandes villes : 6 francs; campagne = 3 francs. — Anesthésie générale : Paris = 20 francs; campagne = 10 francs. — Amputation de jambe : Paris = 100 francs; campagne = 60 francs. — Amputation de cuisse : Paris = 200 francs; campagne = 110 francs, etc.

« Et avec un tel tarif au rabais, vulgaire médicastre de campagne, tu voudrais faire croire au peuple que tu as les mêmes titres scientifiques que tes confrères de Belleville ou de Grenelle?... Allons donc! Si tu les valais, tu serais payé tout

autant qu'eux ! » Qu'aurions-nous à répondre au client, mal embouché mais logique, qui nous tiendrait ce langage?

Logiquement, équitablement, on doit unifier les prix de visite et d'intervention médicale : « A travail égal, salaire égal ! » — Mais cela ne suffit pas si l'on garde les tarifs d'avant-guerre. Actuellement, le prix de ma consultation pour un ouvrier est de 3 francs; et de vingt sous quand, par la grâce du Tarif Dubief, c'est le patron qui paye. Dois-je réclamer à l'ouvrier les quarante sous qui lui restent à me devoir? Dois-je lui en faire cadeau et solder ainsi les 2/3 des frais médicaux des employeurs?..... Il n'y a plus à hésiter, pauvre médecin de campagne tondu trop ras, il faut mettre les points sur les i ouvertement, publiquement. Assez de ces prix de famine, de ces tarifs au rabais, à la grosse, où forcément, pour vivre, pour gagner son pain et celui de ses enfants, le praticien de campagne est obligé de « faire vite et beaucoup »..... Mettons l'ouvrier lui-même au courant de ce qu'on exige de nous, de la valeur dont on estime les soins que nous lui donnons, de la protection dont on entoure le porte-monnaie du patron et disons-lui : « Ma consultation ? C'est trois francs, comme d'habitude, quand c'est vous qui payez. Mais quand c'est votre patron, ce n'est plus que vingt sous..... grâce à la toute-puissance de vos députés qui vous déclarent pourtant faire payer chacun suivant ses moyens ! » Nous verrons ce qu'ils en penseront.

Quant à moi, je crois être dans le juste, en demandant que le prix *unifié* de la visite à domicile soit de trois francs, y compris, comme actuellement, le pansement aseptique ou petit pansement, l'article 2, de la loi, restant le même, soit 0 fr. 50 de moins pour la consultation.

Article 8. — C'est celui qui règle l'*Indemnité kilométrique* pour les visites à domicile dans les localités autres que celle du médecin. Son *deuxième paragraphe* que j'envisagerai seul est ainsi conçu :

« Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé, à raison de : 1° 20 centimes, si le transport a été effectué en chemin de fer; 2° 40 centimes, si le transport a été effectué autrement. Elle ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché... »

Là encore, il y a un grave préjudice pour le médecin de campagne, préjudice que plusieurs assureurs, à qui j'en ai déjà parlé, ont été les premiers à reconnaître comme abusif et injuste. C'est le calcul des kilomètres parcourus. Il est dit « *entre la limite de la commune* de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé. » Mais cette limite est parfois à 3, 4 kilomètres de la demeure du médecin et, aller et retour, celui-ci parcourt « à l'œil », 6, 8 kilomètres et plus, pour faire une visite de trente sous !... Je prendrai un exemple personnel. A 6 kilom. 500 de chez moi, se trouve une localité au bord de laquelle vient mourir le territoire de ma commune. J'ai *13 kilomètres* de route, aller et retour. pour y aller visiter un blessé. Or, d'après le Tarif Dubief, j'ai droit à..... 1 fr. 50 pour ma visite et RIEN (si ! peut-être 0 fr. 50 et encore ce n'est pas sûr?) pour mon déplacement, alors que le voiturier demande huit francs, pourboire en plus !..... J'ai cité ce cas, carte d'état-major en mains, à la Commission, il y a quelques années — mais le Tarif Dubief n'ayant pu encore avoir la moindre retouche, c'est resté lettre morte. Je ne crois cependant pas être révolutionnaire, en demandant qu'on compte les kilomètres *du domicile du blessé au domicile du médecin le plus proche*, ce qui est bien facile à établir en cas de contestation quelconque.

Quant à l'indemnité kilométrique elle-même, en demandant, à l'heure actuelle, trente centimes par chemin de fer et soixante centimes par kilomètres effectués autrement, je crois qu'on ne saurait être plus raisonnable et plus désireux d'aboutir à une solution pratique et acceptable par tous. C'est encore moins que ce que réclament les voituriers.

En résumé, quand on se décidera à réviser le Tarif Dubief, en dehors des modifications générales, communes à tout le corps médical français, les revendications spéciales, particulières aux médecins de campagne me paraissent, avant tout, devoir être les trois suivantes :

1° *Unification du prix de la visite pour tous les médecins de France, quel que soit le lieu de leur résidence*;

2° *Paiement des frais de déplacement suivant le nombre de kilomères réellement à parcourir, en allant et en revenant, entre le domicile du blessé et celui du médecin le plus rapproché* ;

3° *Augmentation du prix de la visite et des frais de déplacement en rapport avec la diminution de la valeur sociale de la monnaie et de son pouvoir d'achat* (ce qui serait non pas une augmentation réelle, mais une simple *remise au point* du Tarif actuel).

IV. — **En attendant la fin de la guerre.** — Dès maintenant, alors que nous sommes encore en guerre, le Corps médical doit-il faire entendre ses doléances, à propos du Tarif Dubief, suivant la voie, autorisée par la loi, des syndicats médicaux? Pratiquement, comme organe central de ces syndicats, l'*Union des Syndicats médicaux de France doit-elle saisir le ministre d'une demande de réunion de la Commission du Tarif Dubief, en*

vue de remettre celui-ci TOUT ENTIER EN DISCUSSION *et de le modifier à fond*?

Pour ma part, je ne le crois pas et j'ajouterai que remettre en question le principe et la texture même du Tarif serait, à l'heure actuelle : 1° illogique; 2° dangereux.

1° *Illogique*, parce que la plus grande, l'immense majorité des médecins est mobilisée et que leurs représentants à la Commission n'ont pas le droit d'engager leurs intérêts sans pouvoir les consulter ni prendre l'avis de leurs délégués dans nos assemblées confraternelles. Je sais bien qu'en avril prochain aura lieu l'Assemblée générale de l'Union et que, là, on pourrait causer sur ce sujet et s'entendre sur les revendications à formuler. Mais les délégués, présents ce jour-là, auraient-ils le droit de parler au nom de leurs confrères mobilisés qui ne leur auront pas donné de mandat précis, en l'espèce? « De quel droit pourraient dire les autres à leur retour des armées, avez-vous tenté, pendant notre absence, de changer ce qui existait auparavant, sans savoir ce par quoi nous aurions voulu le remplacer? » Logiquement, on doit donc attendre que les intéressés aient recouvré leur liberté de parole et d'action.

2° *Dangereux*. Oui, dangereux, et extrêmement. Il ne faudrait pas changer son cheval borgne pour un aveugle. Qui nous dit que, profitant de la situation, les assureurs, ne craignant plus, en ce moment, une formidable levée de boucliers de la part du Corps médical désorganisé, éparpillé et rendu muet, en partie, par la guerre, ne tenteraient pas d'esquisser un retour offensif en faveur du *forfait*? Mes collègues de la Commission et moi, nous les connaissons trop ces « contre-offensives », à chaque tentative de révision, pour ne pas les redouter, à l'heure actuelle.

*
**

En résulte-t-il qu'on doit ne rien faire et continuer à supporter un tarif de misère, devenu un Tarif de famine?.....

Et pardieu, non! Ne changeons rien à la contexture du Tarif. Laissons les choses en l'état jusqu'après la guerre..... Mais *demandons au ministre la réunion de la Commission pour la remise au point par rapport au taux actuel de l'argent*. Demandons simplement que la *valeur* de nos honoraires soit la même qu'avant la guerre. L'argent a perdu 40 %, en général, de sa valeur d'achat, demandons que :

LES PRIX DU TARIF ACTUEL SOIENT MAJORÉS DE 40 %.

jusqu'à la révision complète, radicale de ce Tarif que nous réservons pour l'après-guerre, quand la valeur de l'argent sera stabilisée et que nous pourrons bâtir autrement que sur le sable mouvant des répercussions économiques actuelles.

L'Assemblée générale de l'Union, composée des délégués mandatés officiellement par les médecins non mobilisés, peut légalement, loyalement, voter une telle proposition, *réservant l'avenir*. Le Bureau de l'Union transmettra au ministre compétent, cette demande régulière, légale de réunion de la Commission du Tarif Dubief, dans un but précis, délimité. La Commission réunie émettra son avis que j'ose espérer favorable, parce que cette « mise au point », faite l'année dernière pour les pharmaciens, est d'une équité évidente..... et le ministre statuera.

Tel est, je crois, ce que la raison commande ainsi que le devoir..... et la bienséance envers nos camarades mobilisés.

Dr Fernand DECOURT,
Membre de la Commission ministérielle du Tarif Dubief.

ENTRAIDE CONFRATERNELLE

Le premier million de la Caisse d'assistance médicale de guerre et « Secours de guerre à la Famille médicale » réunis, 5, rue de Surène, Paris (8e).

Nous apprenons que le premier million de notre Caisse d'Assistance de guerre est atteint. C'est un résultat appréciable, mais combien insuffisant après quatre ans de guerre et alors que chaque jour le nombre des victimes que la caisse aura à secourir augmente régulièrement. Confrères que la guerre n'a pas ou a peu éprouvés, n'oubliez pas le devoir de solidarité professionnelle. Envoyez régulièrement votre cotisation ou vos dons à la Caisse d'assistance médicale de guerre, 5, rue de Surène, Paris, 8e.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre jeune confrère, le Dr GRELLETY, de Vichy, aide-major aux armées, victime d'une maladie contractée en servant son pays au cours de la guerre. Il était le fils d'un des plus anciens et des plus connus collaborateurs du *Concours Médical*, auquel nous adressons ainsi qu'à toute sa famille les sympathies les plus vives de la Direction et de la Rédaction du Journal. J. N.

Nous avons encore le regret d'annoncer la mort du Dr HUE, médecin en chef de l'Hôpital d'Orbec (Calvados).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie THIRON et FRANJOU
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arrt)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)



NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
TOXIQUE
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES ET MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 gram 3f 50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
ANTISEPTIQUE GYNÉCOLOGIQUE
PRIX
NÉOLIDES H.B
SOINS ET HYGIÈNE INTIME DE LA FEMME
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren, Paris.

Quarantième année — N° 14 — 15 Juillet 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
La lutte contre la tuberculose au Syndicat des Médecins de la Seine 627
La lutte contre la tuberculose à l'Union des Syndicats médicaux de France 629
Partie Scientifique.
Clinique chirurgicale.
Les hernies inguinales 629
Actualités médicales.
A propos de la grippe « espagnole » 632
Revue des Sociétés Savantes.
Le « bouton d'huile » des tourneurs d'obus. — Orchiépididymite typhique et paratyphique. — Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées. — Rétrécissements graves cicatriciels de l'œsophage. — La méthode de Carrel et les trépanations mastoïdiennes. — Etude médico-légale des alarmistes. — Autoplasties des pertes de substance de l'urèthre. — L'épidémie actuelle de grippe. — Hématémèse mortelle par syphilis gastrique. — L'alun, suppléant de la quinine, dans le paludisme. — Traitement des leucémies par le benzol. — Manifestations cardiaques dans la scarlatine 635
Hygiène militaire.
Les maladies infectieuses dans l'armée 637
Notes de pratique quotidienne.
Un petit conseil pratique 641
Correspondance.
La mise en congé des vieux médecins R. A. T. — Services effectifs. — Les médecins rapatriés d'Allemagne. — Mise en congé des vieux R. A. T. des pays envahis. — Avancement et galons. — Questions diverses. — Chacun à sa place. — L'affectation à l'intérieur des vieux médecins R. A. T. 641
Partie Médico-Militaire.
Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : Réflexions sur deux nouveaux documents officiels 651
Documents officiels.
A l'*Officiel* : Questions et réponses militaires 652
Partie Professionnelle.
Médecine professionnelle.
La patente des maisons de santé 653
Médecine sociale.
L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux *(suite)* 654
La vie syndicale.
L'Assistance médicale gratuite et la Fédération des Syndicats médicaux de Maine-et-Loire. — L'A. M. G. dans le Finistère 658
Libres propos.
La révolution russe et l'effort des alliés 659
Caisse des pensions de retraite du corps médical français.
Rapport du trésorier sur l'exercice 1917 661
Nécrologie 662
Nouvelles 662
Entr'aide confraternelle.
N'oubliez pas la maison du médecin 662

PROPOS DU JOUR

La lutte contre la Tuberculose au Syndicat des Médecins de la Seine

Comme remède le Parlement nous promet ...... une nouvelle chaire professorale !!

Un pas vers l'Action en attendant les transformations inévitables prochaines.

Le 30 juin, l'Assemblée Générale du Syndicat des Médecins de la Seine a discuté la question de l'organisation de la lutte antituberculeuse.

Le Conseil d'Administration du Syndicat, sous l'impulsion de son Président Leredde et de son Secrétaire Général Gascuel, secondés par le Dr Jacob et un certain nombre de praticiens, a fait une enquête sur ce qui a été tenté à Paris depuis vingt ans contre la tuberculose. La conclusion de cette enquête, c'est que l'on a beaucoup parlé et que rien, absolument rien de pratique, de suffisant, n'est sorti des palabres des Commissions officielles. C'est vraiment lamentable d'énumérer ce que, devant un danger aussi grand, la Ville de Paris, son Assistance Publique et le département de la Seine sont parvenus jusqu'à ce jour à mettre sur pied. Les œuvres antituberculeuses, officielles et privées, organisées dans le département de la Seine, ne pourraient certes pas répondre aux besoins d'une ville de moins de 100.000 habitants.

Le Conseil d'Administration du Syndicat s'est mis en relation avec la Commission compétente du Conseil général, avec M. Ambroise Rendu et d'autres conseillers qui paraissent s'intéresser à la question. En même temps, ses représentants sont allés visiter une œuvre américaine dont ils ont admiré l'organisation pratique.

Le sentiment général est que les élus de Paris et du département de la Seine, après le vote d'un crédit d'un million, chercheront à se décharger du souci de la lutte antituberculeuse sur l'Administration de l'Assistance qui, encore une fois, accouchera d'un de ces avortons, de la procréation desquels elle a le secret. Nous aurons deux dispensaires Léon Bourgeois au lieu d'un et les tuberculeux indigents continueront d'infecter leurs familles et de crever de faim dans de misérables taudis.

Un million pour organiser la lutte antitu-

berculeuse à Paris et dans le département de la Seine! Mais c'est le système des petits paquets, le gaspillage inéluctable, l'argent inutilement jeté à l'eau, l'effort voué fatalement à l'impuissance parce qu'insuffisant!

Nous nous sommes laissés dire que l'Œuvre Américaine antituberculeuse qui s'occupe de la ville de Dreux, a jugé 100.000 francs indispensables comme frais de début. Si l'on établit un parallèle entre l'arrondissement de Dreux et le département de la Seine, ce n'est pas un million, mais plus de *vingt millions* que le Conseil général devrait voter. Encore nous supposons, chose peu vraisemblable, que Dreux est aussi infecté de tuberculose que Paris et sa banlieue.

Devant cette probabilité que le Conseil général, pas plus que l'Administration, ne *veulent* rien réaliser de sérieux, et que l'on prolongera indéfiniment le régime des palabres, l'Assemblée du Syndicat des médecins de la Seine a voté un ordre du jour présenté par les Drs Séailles et Noir, qui, depuis une vingtaine d'années, ont étudié à Paris le développement de la tuberculose chez les indigents et les conditions d'existence qui la favorisent. Cet ordre du jour indique nettement que la période des études est close et qu'il est temps de réaliser et de ne pas hésiter pour cela à faire l'effort financier indispensable.

Si le département de la Seine nous donne l'impression que rien de sérieux ne sera fait, peut-être objectera-t-on, obtiendrez-vous mieux de l'État ou du Parlement? Hélas! une proposition de loi qui est déposée à la Chambre des Députés, nous montre de quelle façon pratique on y envisage la question.

On a découvert que, pour lutter contre la tuberculose, il fallait créer dans les Facultés de médecine des chaires de clinique tuberculeuse et d'Hygiène et prophylaxies sociales. Les professeurs auraient pour mission de créer un corps de spécialistes en tuberculose qu'on doterait d'un diplôme *ad hoc* et qui, dans l'avenir, seraient fonctionnarisés à la tête des dispensaires et des sanatoriums. On croit rêver en voyant renaître, comme les têtes de l'hydre de Lerne, ces projets de création de diplômes spéciaux que le corps médical croyait bien avoir définitivement enterrés dans ses trois Congrès des praticiens. A ce sujet, l'unanimité des médecins y avait été impressionnante.

Créer une chaire de clinique de la tuberculose, d'hygiène et de prophylaxie sociales! Délivrer un diplôme spécial dans ce but! Mais qu'enseigneront donc les professeurs, pourvus d'autres chaires de médecine, à quoi correspondra le titre de docteur s'il n'est pas étayé du nouveau diplôme?

Il nous semble voir le doyen Landouzy surgir de sa tombe, pour répéter ou plutôt crier : « L'hygiène et la prophylaxie sociale, à notre époque! mais c'est toute la médecine. »

75 °/o des malades que soignent les praticiens parisiens sont des tuberculeux ou relèvent de l'hygiène et de la prophylaxie sociales. Ce ne sont pas seulement les élèves des nouveaux professeurs qui devront être diplômés spécialistes en tuberculose; mais tous les médecins sans exception.

Si, à l'heure actuelle, les jeunes docteurs ne sont pas suffisamment instruits sur la tuberculose, l'hygiène et la prophylaxie sociales (ce qui est discutable et reste à démontrer), c'est que le corps enseignant (ce que nous ne voulons pas croire) n'a pas su ou pu remplir son devoir, et la création d'une chaire où un nouveau maître pontifiera et ressassera en de belles périodes les leçons faites pendant vingt ans par MM. Landouzy et autres tuberculogues ne feront pas avancer la lutte contre la phtisie d'un demi pas. Seuls, MM. X. et Z. y auront gagné une robe rouge, ce qui aura fait plaisir à eux, à leurs familles et à leurs amis!

Et c'est à une période aussi grave de notre vie nationale que l'on traite avec pareille légèreté, les questions de cette importance où l'avenir de notre pays est encore plus compromis que par la ruée allemande!

Le Syndicat des Médecins de la Seine est résolu à entrer dans la voie de l'action. Il est persuadé que rien d'utile, rien de suffisant ne pourra être fait avec nos actuelles administrations bureaucratiques, ni peut-être avec les corps élus qui paraissent n'avoir qu'un souci, se décharger sur les épaules administratives du fardeau des lourds problèmes qu'ils devraient avoir le courage de porter et d'exposer franchement aux électeurs. Aussi, le Syndicat est-il décidé, par tous les moyens en son pouvoir, à saisir l'opinion publique de la question antituberculeuse, à la lui montrer telle qu'elle est, à lui indiquer comment elle peut être résolue, à lui faire comprendre l'insuffisance des moyens proposés par les corps élus et le gaspillage qui sera le résul-

tat du vote de sommes ridicules pour combattre utilement un fléau qui fait autant de victimes.

Et pour commencer cette campagne, il a décidé de créer un Bureau de Presse, premier pas dans la voie de l'action directe sur le public.

Là ne se bornera pas l'effort syndical. Naïfs sont ceux qui se figurent que rien ne changera dans la France d'après-guerre, que notre politique continuera à patauger dans les mêmes mares stagnantes et que la bureaucratie persistera à opposer son inertie autocrate à toutes les tentatives utiles et généreuses. Nous voulons éviter à notre Patrie, le régime des Soviets, mais, pour ce faire, nous devrons conquérir, au besoin de haute lutte, des institutions réellement démocratiques et créer une République véritable où l'on obligera chacun à s'incliner devant l'intérêt général.

J. NOIR.

Voir page 652, la Déclaration Officielle du Ministre de la Guerre, sur la Relève en cours de la classe 1892.

La lutte contre la tuberculose à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le *Matin* du 7 juillet 1918 et un grand nombre de journaux de la Grande Presse, ont publié la note suivante :

L'Union des syndicats médicaux de France.

Saisie d'une proposition de loi tendant à créer, dans les facultés de médecine, des chaires de clinique de la tuberculose et de prophylaxie sociale.

Proteste au nom du corps médical, contre l'*organisation* de services consacrés à l'enseignement de la tuberculose qui ne sera ni celle d'un dispensaire, ni celle d'un sanatorium.

Et déclare que l'esprit de l'étudiant sera faussé par cette organisation elle-même ;

Réclame la création d'instituts de recherches expérimentales destinées à résoudre les problèmes relatifs au traitement de la tuberculose ;

Et demande au Parlement d'étudier l'organisation de la lutte antituberculeuse sans s'arrêter aux formules administratives, en tenant compte des critiques formulées dans les syndicats médicaux et dans le but d'assurer la collaboration du corps médical entier à la prophylaxie de la tuberculose en France.

D'autre part, l'Union des syndicats médicaux, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, a adressé au président de la Croix-Rouge américaine une lettre de remerciements pour « tout le bien qu'elle est venue accomplir avec une inlassable générosité et un dévouement admirable dans notre pays.

« Elle envoie au peuple américain l'assurance de sa profonde admiration et de sa vive reconnaissance. »

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker :

M. le professeur PIERRE DELBET.

Les hernies inguinales.

Je me propose d'étudier avec vous, aujourd'hui, des malades très simples, mais très instructifs ; ce sont des hernieux. Il faut que vous connaissiez bien cette question des hernies ; il faut que vous sachiez apprécier l'état d'une hernie, son étranglement en particulier, puisqu'alors l'existence du patient est entre les mains du médecin. Reconnue d'une manière précoce, la hernie étranglée est une affection sans gravité, alors qu'elle devient très redoutable si le diagnostic est tardif.

Si l'on peut décrire aux hernies un certain nombre de caractères généraux, il convient de savoir qu'on ne doit pas étudier ces affections en bloc et qu'il est nécessaire de considérer chacune de leurs variétés isolémen et successivement. L'étranglement d'une hernie inguinale, par exemple, se présente dans des conditions très différentes, au point de vue clinique, de l'étranglement d'une hernie crurale.

Voici un premier malade atteint d'une double hernie inguinale. La double tumeur inguinale, qui s'affaisse lorsque le sujet est couché, se reproduit lorsqu'il est debout. Elle se modifie également sous l'influence des mouvements respiratoires et des efforts de toux, qui, augmentant la pression intra-abdominale, agissent de même sur la hernie. La main, appliquée sur la tumeur herniaire, se trouve refoulée au moment de la toux : c'est le phénomène de l'impulsion. L'impulsion signifie et indique que la tumeur est en communication avec une cavité viscérale profonde exposée à des modifications de pression. Ce n'est pas seulement au niveau des hernies que l'on peut rencontrer ce phénomène. On l'observe aussi au niveau de la

cavité thoracique, du crâne et de la colonne vertébrale. Sa signification y est la même. Lorsque vous trouvez une tumeur de la cavité thoracique qui offre le phénomène de l'impulsion, vous pouvez être sûr qu'elle communique avec une partie intra-thoracique. Certaines pleurésies purulentes, après avoir perforé les espaces intercostaux, viennent ainsi au dehors. Il existe, également des lésions du crâne et de la cavité rachidienne qui s'extériorisent de la même manière. L'impulsion est un phénomène d'ordre très général, dont la signification est toujours la même.

Ce phénomène de l'impulsion a pour associé un phénomène inverse : la réductibilité. L'impulsion tient à ce que, au moment de la toux ou d'une forte inspiration, des viscères, du liquide, passent dans la hernie. Inversement, quand vous refoulez la tumeur, vous pouvez faire rentrer viscères et liquide.

Toutes les hernies ne sont pas réductibles, cependant. Quelquefois même, l'impulsion persiste et la réductibilité n'existe pas, du moins à l'état complet. Il en est ainsi lorsque le mouvement de va et vient du contenu est seulement partiel.

La hernie étranglée est une hernie irréductible, mais irréductibilité et étranglement ne sont pas synonymes. Des adhérences du sac, une augmentation de volume de l'épiploon peuvent empêcher la réductibilité, sans qu'il s'agisse, en somme, d'étranglement. Il y a d'autres causes d'irréductibilité que l'étranglement.

Comment peut-on se rendre compte du contenu d'une hernie ? Par la percussion. Si la tumeur est sonore et sonne comme un tambour, ceci indique la présence de gaz, d'une anse intestinale par conséquent (entérocèle). Si elle est mate, c'est qu'elle contient du liquide ou, le plus souvent, de l'épiploon (épiplocèle). Il est un autre moyen de se renseigner sur le contenu d'une hernie. En réduisant la tumeur, la réduction s'opérera sans bruit, s'il s'agit d'épiplocèle, et s'accompagnera de gargouillement, s'il s'agit d'entérocèle. Le bruit de gargouillement est dû à la collision du liquide et des gaz refoulés et il ne saurait se produire dans l'épiplocèle. La réduction de l'épiploon s'accompagne d'une sensation qui n'est pas auditive, mais tactile, d'une sorte de froissement, de crépitation, due à ce que l'épiploon subit des modifications inflammatoires chroniques, dans le sac herniaire. Vous savez que l'épiploon est normalement infiltré de graisse et mou. Il glisse dans les doigts. Dans les hernies, il devient plus fibreux, avec des petits nodules, des grains, qui frottent les uns sur les autres au moment de la réduction.

Vous reconnaîtrez aisément si la hernie est scrotale, funiculaire, un bubonocèle ou une pointe de hernie. Il s'en faut de beaucoup, cependant, que cela suffise au diagnostic topographique, qui doit être plus complet. Vous aurez à explorer le canal inguinal et son orifice externe. Je vous représente ici le pubis, l'angle du pubis, l'épine pubienne. L'orifice externe du canal inguinal est limité par les piliers, interne et externe, dépendances de l'aponévrose du grand oblique.

Voici le pilier interne, fixé sur l'angle du pubis et le pilier externe, fixé sur l'épine du pubis. Entre ces piliers, se trouve une fente triangulaire, à base inférieure, qui constitue l'orifice externe du canal inguinal. L'angle supérieur est limité par les fibres dites arciformes. Il s'agit de mettre le doigt dans cet orifice externe, pour accrocher les piliers et les fibres arciformes et apprécier leur état de développement.

Cet orifice est l'orifice de sortie d'un tunnel qui constitue le canal inguinal. L'orifice d'entrée du tunnel, intra-abdominal, est appelé orifice interne, bien qu'il soit en situation plus externe par rapport à la ligne médiane. Le canal inguinal a deux parois, une antérieure et l'autre postérieure, points sur lesquels je vais insister un peu en raison de leur importance.

Je vous dessine une cavité abdominale, avec sa paroi antérieure. Voici un viscère, intra-abdominal, le testicule je suppose, qu'il s'agit de faire sortir de l'abdomen, d'amener à l'extérieur en lui laissant une communication (le cordon) avec l'intérieur, sans affaiblir la paroi. Si nous faisons un simple trou dans la paroi abdominale, nous aurons une mauvaise solution, puisque tous les organes intra-abdominaux pourront s'y engager. Le meilleur procédé est l'adaptation, le clivage. Si je fais cheminer l'organe en clivant la paroi, j'arriverai au même résultat, sans affaiblir cette paroi. C'est là le mécanisme réalisé par la nature, qui a constitué pour le passage du testicule le canal inguinal. Lorsque la pression augmente dans la cavité

abdominale, elle agit en accolant la paroi postérieure du canal contre l'antérieure, fermant ainsi le canal. S'il n'en était pas ainsi, nous serions tous des hernieux. Qu'est-ce qui constitue ces diverses parties ? La paroi antérieure est formée par l'aponévrose du grand oblique, les fibres du petit oblique et les fibres du transverse. La paroi postérieure, dans l'écartement des deux piliers, est constituée par un faisceau de retournement de l'arcade de Fallope, le tendon conjoint de la partie inférieure du petit oblique et du transverse, et le ligament de Colles.

Pour comprendre la localisation des hernies inguinales, nous allons étudier la paroi abdominale vue par l'arrière, c'est-à-dire le regard dirigé du dos vers l'avant. On voit alors le péritoine soulevé par une série de lignes qui sont : sur la ligne médiane, l'ouraque ; latéralement, un premier tractus, constitué par les débris de l'artère ombilicale ; un second tractus, plus externe, allant encore vers l'ombilic et représentant l'artère épigastrique. Les saillies que forment ces cordons déterminent l'existence de trois fossettes, une externe, en dehors de l'artère épigastrique, une moyenne, entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale, et une interne, entre l'artère ombilicale et l'ouraque. A l'état normal, le cordon passe dans la fossette externe, se réfléchissant sur la crosse de l'artère épigastrique, pour aller vers la vessie : c'est l'orifice inguinal profond. Dans les deux autres fossettes, il ne passe rien, normalement. Mais, si la paroi postérieure du tunnel inguinal est faible, ces fossettes (moyenne et interne) pourront se laisser déprimer, l'intestin poussant le péritoine à s'engager par là.

La hernie inguinale produite dans ces dernières conditions se présentera avec des particularités faciles à comprendre. La fossette moyenne, correspondant à l'orifice externe du canal inguinal, livrera passage à une hernie qui sortira d'arrière en avant, directement, comme au travers d'un trou. On dira qu'elle est directe, par opposition à la forme habituelle de hernie inguinale, qui vient de l'orifice interne et est très oblique (oblique externe). Supposez que la dépression se fasse entre l'artère ombilicale et l'ouraque, dans la fossette interne. Celle-ci étant en dedans de l'orifice inguinal, la hernie pourra sortir encore par cet orifice et sera oblique interne.

Voilà donc trois variétés de hernies inguinales, distinctes par le point de la paroi postérieure où se fait l'effraction de l'intestin : hernie oblique externe, hernie directe, hernie oblique interne. De ces trois variétés, la plus fréquente, celle que l'on observe dans la très grande majorité des cas, est l'oblique externe, celle qui s'engage en dehors de l'artère épigastrique dans le canal inguinal, qu'elle parcourt, pour aboutir à l'orifice inguinal externe. La raison de cette fréquence tient à l'évolution même du canal vagino-péritonéal, à la persistance de ce canal. Sans pouvoir donner des chiffres basés sur une statistique précise, j'estime que 98 % des hernies inguinales sont des hernies obliques externes, 2 % seulement représentant les variétés directe et oblique interne.

Comment explorer la hernie et le canal inguinal ? Pour pénétrer dans le canal, il faut déprimer la paroi avec l'index. Si vous vous bornez à appuyer au niveau de l'orifice externe, vous serez très vite arrêtés. Pour avoir la laxité nécessaire, il faut déprimer la peau des bourses, loin du canal inguinal, en refoulant cette peau comme un doigt de gant. La laxité sera d'autant plus grande que vous déprimerez plus loin. Vous remontez donc l'index vers le pubis, avec lequel vous prenez contact. Vous passez au-dessus et vous vous trouvez dans l'orifice externe. A ce moment, vous retournez la main de façon à pouvoir accrocher avec l'extrémité digitale le pilier interne, le pilier externe, puis, en haut, les fibres arciformes. Chez le malade qui est couché là, devant vous, je fais cette exploration et je constate que le pilier interne est, chez lui, réduit à rien, le pilier externe est un peu plus solide et les fibres arciformes sans résistance. L'orifice externe, chez ce malade, est un large trou béant, limité seulement en dehors.

Nous avons, d'autre part, à apprécier la résistance de la paroi postérieure, constituée, vous le savez, par la réflexion de l'arcade de Fallope, le tendon conjoint et le ligament de Colles. Avec le doigt introduit dans l'orifice externe, nous allons chercher s'il y a une paroi postérieure. Chez ce malade, il n'en existe pas, à proprement parler, et nous pouvons appuyer sans rencontrer de résistance.

Il ne suffit pas de constater cette absence de paroi postérieure pour affirmer que la hernie est directe. Chez de vieux hernieux, alors même que la hernie est oblique externe,

on peut observer cet éculement de la paroi postérieure. La hernie devient directe secondairement, l'artère épigastrique continuant à être en dedans de son pédicule.

Chez le malade que nous venons d'examiner, il n'y a pas de raison de penser à une hernie directe secondaire. C'est un sujet jeune et non un vieil hernieux. De plus, sa hernie, bien que volumineuse, n'a aucune tendance à s'engager dans la bourse correspondante, contrairement à ce qui se passe pour la hernie oblique externe. Quand on exerce une pression en dedans, la hernie sort tout de même : elle n'est donc pas oblique interne. Quand on exerce une pression en dehors, elle sort encore. Elle sort moins, quand on exerce une pression dans la fossette moyenne. Il est probable qu'il s'agit d'une hernie directe, engagée entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX).

ACTUALITES MEDICALES

A propos de la grippe « espagnole ».

Il y a quelque temps, est apparue en Espagne une maladie grippale épidémique qui a frappé, chez nos voisins d'au-delà des Pyrénées, un grand nombre de personnes, le roi Alphonse entre autres. La maladie n'a pas tardé, d'ailleurs, à franchir la frontière pour se montrer dans nos départements pyrénéens et gagner ensuite les autres régions de notre pays. On l'observe actuellement un peu partout en France, et à Paris en particulier. L'Allemagne, de son côté, n'en est pas, tant s'en faut, indemne et le Kaiser — dit-on — serait revenu du front à Berlin, atteint de cette grippe.

Comme nos confrères, nous avons vu un certain nombre de cas de grippe « espagnole » chez des sujets n'ayant pas quitté Paris, et aussi deux cas contractés l'un en Espagne et l'autre dans une ville du Midi, tout près de la frontière. Un de nos malades, espagnol, prit la grippe à Madrid où il resta alité huit jours et nous le vîmes, trois semaines plus tard à Paris, se plaignant encore d'asthénie et de toux irritative violente, sans lésion notables des voies respiratoires. Le second malade, parti bien portant de chez lui pour passer ses vacances dans une petite localité de l'Ariège, au pied des Pyrénées, fut pris le lendemain de son arrivée, de fièvre, courbature, algies intenses, et d'une toux vive. Alité dix jours, il revint à Paris et actuellement encore se plaint d'anorexie et d'anémie post-grippales persistantes. Si j'ai cité ces deux cas de source nettement espagnole, c'est pour montrer que, contractée en Espagne ou contractée en France, la grippe actuelle n'offre pas de différence symptomatique sensible, sauf des nuances d'acuité peut-être.

Qu'est-ce donc que cette grippe « espagnole ». Est-ce une maladie nouvelle ou un retour de la grippe (influenza) de 1889 ?

Dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux* — dont nous donnons une analyse plus loin. — M. le professeur Chauffard montre que la grippe actuelle, grippe dite « espagnole », n'est pas autre chose que la grippe de 1889. C'est la même affection, avec sa durée d'incubation courte (24 heures), sa symptomatologie dans laquelle dominent les troubles généraux (fièvre, *courbature et algies intenses*, anorexie), qui s'opposent aux accidents locaux généralement peu marqués. La maladie dure quelques jours, la fièvre et les douleurs se calment assez vite, mais il persiste de l'asthénie et de l'anorexie comme dans l'épidémie grippale de 1889-1890. Toutefois, tandis qu'en 1889. la grippe s'accompagnait fréquemment de complications pulmonaires graves, la gripppe actuelle semble toucher assez rarement les bronches ou les poumons d'une façon sérieuse, ce qui tient sans doute à son apparition en été. Malgré l'importance des troubles nerveux (algies, asthénie) le liquie céphalo-rachidien, extrait par ponction lombaire, a paru normal.

Deux mots seulement du traitement qui visera, au début, à calmer les douleurs (cachets de quinine et analgésiants) et la toux irritative (sirop de codéïne et chloral). Plus tard, on relèvera l'appétit et les forces par la strychnine, la noix vomique, la kola, le quinquina, parfois l'adrénaline.

La grippe « espagnole », en résumé, que nous subissons en France aujourd hui, constitue certes une affection pénible, mais n'a pas offert jusqu'à présent de caractère de gravité inquiétant. Espérons que cette grippe, quoique espagnole, ne grandira pas !

Dr P. L.

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le « bouton d'huile » des tourneurs d'obus. — Orchiépididymite typhique et paratyphique. — Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées. — Rétrécissements graves cicatriciels de l'œsophage. — La méthode de Carrel et les trépanations mastoïdiennes. — Etude médico-légale des alarmistes. — Autoplasties des pertes de substance de l'urèthre. — L'épidémie actuelle de grippe. — Hématémèse mortelle par syphilis gastrique. — L'alun, suppléant de la quinine, dans le paludisme. — Traitement des leucémies par le benzol. — Manifestations cardiaques dans la scarlatine.

M. Thibierge fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *bouton d'huile des tourneurs d'obus, au point de vue clinique* et *médico-légal.*

Le «bouton d'huile » est caractérisé, à son degré le plus avancé, par des pustules arrondies, de 2 à 8 millimètres de diamètre, entourées d'une étroite aréole inflammatoire, légèrement infiltrée. Aux éléments pustuleux, se joint une altération des orifices des glandes cutanées, une sorte d'encrage des follicules pilo-sébacés, d'autant plus marqué que l'ouvrier travaille depuis plus longtemps à l'usine, qui constitue un véritable stigmate professionnel.

Ces lésions, observées surtout aux mains et aux avant-bras, sont dues aux poussières, aux débris métalliques, retenus et fixés à la peau par les lubréfiants utilisés actuellement.

Il s'agit là, non d'un accident du travail, mais d'une maladie professionnelle, dont la fréquence peut être réduite par des mesures d'hygiène, et par l'amélioration des produits employés.

— M. Faroy rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* trois nouveaux cas *d'orchi-épididymite typhique et paratyphique.*

Les orchites typhoïdiques sont des complications rares des infections éberthiennes et paraéberthiennes. M. Faroy en signale 3 cas nouveaux, avec uréthrite typhique et paratyphique. L'uréthrite se traduisit par une suppuration uréthrale légère contenant, comme germes, de l'Eberth ou du para-Eberth.

— M. A. Lumière lit à l'*Académie de médecine* une note sur *les lois de la cicatrisation des plaies cutanées.*

Les recherches expérimentales de M. A. Lumière l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La vitesse absolue de cicatrisation d'une plaie est constante, c'est-à-dire que la plaie se répare aussi vite à la fin de la cicatrisation qu'à son début.

2° Le temps nécessaire à la cicatrisation est proportionné à la largeur maximum de la plaie.

3° Les pansements antiseptiques fréquents, non adhérents, sont seuls susceptibles d'assurer la régularité de la cicatrisation. L'emploi de l'iodure d'amidon donne une réparation des tissus plus rapide que celle fournie par les autres antiseptiques.

— M. Sencert présente à l'*Académie de médecine* un travail intitulé : *sur le traitement des rétrécissements cicatriciels graves de l'œsophage.*

Les obstacles au cathétérisme et par suite à la dilatation d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage siègent soit à l'orifice supérieur du rétrécissement, soit dans l'intérieur même de la partie rétrécie. M. Sencert recommande, pour tourner ces obstacles, au cas de sténose très serrée : 1° d'aborder la lésion de bas en haut ; 2° de pratiquer la dilatation sur un conducteur fixé une fois pour toutes dans l'œsophage. Le premier temps du traitement comprend la gastrostomie et le second temps le placement du fil conducteur, sous le contrôle de l'œil après gastroscopie directe. Le troisième consiste dans la dilatation pratiquée sur le fil conducteur.

— M. Mahu lit à l'*Académie de médecine* une note sur *la guérison rapide des trépanations mastoïdiennes par la méthode de Carrel.*

M. Mahu conseille la technique suivante du pansement de Carrel dans le traitement des mastoïdites :

a) mastoïdite simple. Introduire, dans la cavité mastoïdienne opérée un drain percé de trous dans sa partie pénétrante et coiffé d'une gaze pliée en filtre. Garnir la plaie de gaze imprégnée de vaseline et de coton (hydrophile à l'intérieur, ordinaire à l'extérieur). Irriguer toutes les 2 heures avec une à deux cuillerées à café de liquide de Dakin. Faire les pansements quotidiens et, à chaque pansement, prélever à l'intérieur de la plaie une petite quantité d'exsudat pour établir le contrôle microscopique, le *point bactérien* de la plaie. Quand on ne compte plus, à l'examen de l'exsudat étalé sur deux lamelles et coloré à la thionine, qu'un microbe en moyenne par champ opératoire, pourvu qu'il ne s'agisse pas de streptocoque (ce résultat est obtenu assez rapidement en général), on complète la suture.

b) mastoïdites compliquées. Les drains sont disposés dans toute l'étendue de la plaie et l'irrigation continuée le temps nécessaire.

— M. Vallon présente à l'*Académie de médecine* une *étude médico-légale sur les alarmistes.*

M. Vallon distingue trois catégories d'alarmistes : les alarmistes par intention criminelle, les vaniteux, qui veulent paraître mieux informés que le vulgaire, et les pessimistes.

Nombre de vaniteux sont des faibles d'esprit, des mal équilibrés. De même, les pessimistes relèvent pour beaucoup de la pathologie mentale.

— M. LE FUR fait à la *Réunion des chefs de service d'Urologie*, tenue au Val-de-Grâce, une communication sur *les procédés autoplastiques applicables au traitement des pertes de substance de l'urèthre*.

M. Le Fur, sur 42 cas de blessures de l'urèthre par balle, éclat d'obus ou chute, traités dans son service, a pratiqué une trentaine d'interventions pour fistules rebelles ou pertes de substance uréthrale très étendues. Les résultats ont été des plus satisfaisants puisque tous les blessés ont été guéris, sauf trois qui ont quitté l'hôpital en cours de traitement et furent perdus de vue. Le rétrécissement n'a été observé, et encore à un degré léger, que chez un opéré sur quatre.

M. Le Fur indique ainsi les principes essentiels communs à la cure de toutes les fistules et pertes de substance uréthrales : faire une ablation très large de tous les tissus cicatriciels (on peut presque dire qu'on n'en ôte jamais assez) ; aviver largement ; pratiquer une dérivation des urines, périnéale ou hypogastrique, et rejeter rigoureusement la sonde à demeure qui constitue une cause majeure d'échec.

— M. CHAUFFARD fait à la *Société Médicale des Hôpitaux* une communication sur *l'épidémie actuelle de grippe*.

Depuis quelque temps, dit M. Chauffard, sévit dans diverses grandes collectivités une maladie épidémique aiguë dont les caractères paraissent être les suivants : début brusque, en pleine santé, avec fièvre intense pouvant atteindre 40° ; céphalée très pénible ; courbature générale ; absence presque complète de localisations viscérales ; défervescence rapide, et guérison en trois ou quatre jours d'une affection dont le début avait pu paraître inquiétant.

Il semble que le diagnostic de *grippe épidémique à forme nerveuse fébrile* ou *influenza* ne peut être mis en doute. Par son caractère pandémique, son tableau clinique spécial, cette affection rappelle, à son début, la grande épidémie de grippe de 1889. On assiste à une reprise de virulence de l'infection grippale mais, heureusement, les conditions climatériques sont tout autres qu'en 1889 et il y a lieu d'espérer que nous ne verrons rien d'analogue aux semaines terribles de l'hiver 1889-1890.

M. DE MASSARY a pu observer des cas de cette grippe, venus de différentes régions.

M. NETTER a vu également un assez grand nombre de malades atteints de grippe actuelle. La maladie est très contagieuse. Deux médecins sud-américains la contractèrent à un repas auquel un confrère convalescent d'influenza assistait. L'incubation fut de vingt-quatre heures, ce qui est la durée habituelle, comme nous l'a appris l'épidémie de 1889.

— M. Paul CARNOT présente à la *Société médicale des hôpitaux* des pièces d'autopsie relatives à une *hématémèse mortelle par syphilis du foie et rupture d'une veine gastrique*.

La malade fut admise à l'hôpital Tenon, mourante, pour hémorrhagie gastrique. L'autopsie montra une perforation d'une veine gastrique très dilatée, des lésions hépatiques et artérielles syphilitiques. La perforation veineuse se produisit en un point spécial où la veine était comprimée par un éperon calcaire de spléno-artérite oblitérante et kystique.

— M. DUFOUR signale à la *Société médicale des hôpitaux l'action thérapeutique de l'alun dans le paludisme, comme suppléant de la quinine mal tolérée*.

Certains malades, particulièrement les paludéens anciens, offrent une intolérance plus ou moins grande, vis-à-vis de la quinine. Chez de tels sujets, différents médicaments ont été préconisés. M. Dufour a eu l'occasion, dans deux cas de ce genre, de recourir à l'alun et il en a obtenu des résultats très satisfaisants. Il le prescrit par cachets de 0 gr. 25 chacun, dont il donné 3 par jour.

M. NETTER, chez un paludéen offrant une intolérance absolue pour la quinine, a vu les accès céder très rapidement à la cinchonidine.

M. CARNOT remarque que le quinquina se montre parfois plus efficace que la quinine. Il semble que les divers alcaloïdes du quinquina participent aux propriétés antipaludiques de la quinine.

— MM. VAQUEZ et YACOEL font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement des leucémies par le benzol*.

Le traitement benzolé amène chez tous les leucémiques une amélioration de l'état général, une diminution du volume de la rate, la réduction du nombre des leucocytes et l'augmentation de celui des globules rouges.

M. Vaquez administre d'abord 40 gouttes de benzol par jour et il augmente progressivement la dose, jusqu'à 100 gouttes vers le cinquième jour. Il continue ainsi le traitement pendant les douze premiers jours de chaque mois, en ayant soin de faire des examens hématologiques chaque semaine. Si l'examen a montré une chute trop rapide des globules blancs, il faut cesser la médication et laisser s'écouler un intervalle d'une quinzaine de jours. On poursuit de la sorte jusqu'à disparition la plus complète possible de l'altération sanguine. La médication sera suspendue momentanément au cas d'albuminurie ou de troubles gastriques. Le traitement benzolé, d'autre part, s'associe très bien à la radiothérapie.

— MM. FLORAND et PARAF lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur *les manifestations cardiaques au cours de la scarlatine*.

M. Florand a observé 14 cas d'endocardite chez des scarlatineux et il attire l'attention sur la fréquence possible des complications cardiaques au cours de la scarlatine.

M. de Massary pense qu'il s'agit là d'une série et d'une série heureusement exceptionnelle. On considère habituellement comme rares les endocardites scarlatineuses.

M. Netter remarque que, chez les enfants, on rencontre encore assez souvent des complications endocardiques au cours de la scarlatine.

P. L.

HYGIÈNE MILITAIRE

Les maladies infectieuses dans l'armée.

Les maladies dont souffre le soldat présentent une physionomie spéciale.

Celles qui sévissent avec le plus d'intensité dans les garnisons durant le temps de paix sont les affections des appareils respiratoire et digestif: la bronchite, la pleurésie, la pneumonie, l'angine, l'embarras gastrique, la diarrhée, la dysentérie. Mais le soldat montre une aptitude spéciale pour les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine), la fièvre typhoïde, les oreillons, la diphtérie, etc. Cette réceptivité particulière aux maladies microbiennes trouve sa raison dans certaines causes spéciales à l'armée.

L'âge du soldat se trouve être celui où la réceptivité paraît la plus grande à l'éclosion de la plupart des maladies infectieuses. Les statistiques le prouvent nettement, surtout en ce qui concerne la fièvre typhoïde.

De plus, beaucoup de nos soldats sont *d'origine rurale*; c'est là une condition nettement favorisante : ils sont assurément plus éprouvés par la maladie que les citadins. Ceux-ci, par le séjour prolongé à la ville, ont, en général, subi les multiples infections qui y règnent en permanence: ils en ont souffert d'une façon sévère, ou seulement bénigne; mais, quel que soit leur degré de gravité, tous ont bénéficié de l'immunité qu'elles laissent habituellement après elles. Le paysan passe, au contraire, brusquement d'une localité saine, où, le plus souvent, il n'a pas subi les méfaits microbiens, dans une ville où sévissent les infections les plus variées, qui s'abattent alors sans coup férir sur un terrain vierge; aussi, souvent, dès son incorporation, contracte-t-il soit l'une soit l'autre des affections qui règnent dans la garnison où il vient d'arriver.

Le *changement de vie*, le dépaysement, la dépression morale, la nostalgie, la sévérité du nouveau régime qui lui est imposé, sont autant de conditions qui peuvent influer sur le pouvoir infectant des germes contre lesquels le rural est mal défendu.

La *vie en commun, l'agglomération* doivent aussi entrer en ligne de compte. Lorsque la rougeole, la scarlatine s'introduisent dans une famille, il est rare qu'elles n'en atteignent pas successivement tous les membres réceptifs. Il n'en saurait être autrement quand ces maladies viennent à éclore au milieu de cette grande famille qu'est le régiment, où les chances de contagion se trouvent portées à leur maximum par les contacts incessants de chacun avec tous.

Le *surmenage* a pu être, à juste titre, incriminé, dès le temps de paix, en maintes circonstances. Pour les sujets faibles, le service militaire est une grosse fatigue ; le surmenage qu'ils subissent devient pour eux une cause notoire d'affaiblissement et de maladie.

Lors du séjour dans les camps, on retrouve les mêmes affections avec une prédominance marquée soit par la saison froide (bronchite, pneumonie), soit par la saison chaude (fièvre typhoïde, dysenterie). La seule différence avec la pathologie de la garnison consiste dans le caractère épidémique que ces affections prennent de préférence dans ces conditions. Pour les affections estivales, on peut en faire résider la cause dans le séjour prolongé des hommes sur un sol qui recèle, en son sein ou à sa surface, des germes disséminés par les régiments qui les ont précédés. Cette souillure du sol ne tarde pas d'ailleurs à entrainer celle des puits, qui ajoute son action nocive à la précédente.

L'influence néfaste de la guerre est prouvée par le rapport constant qui existe entre le chiffre des atteintes et la durée des opérations ; le taux de morbidité et de mortalité s'accroit quand la durée se prolonge.

La *nature* des infections est particulière en temps de guerre ; dans toutes les campagnes, ce sont les mêmes qui apparaissent presque invariablement, si bien qu'il existe réellement une pathologie spéciale des guerres.

Avant la vaccination la *fièvre typhoïde* était l'affection qui dominait dans toutes les campagnes ; le nombre de ses atteints s'élevait au fur et à mesure que progressait la fatigue des troupes ; elle était constamment présente et accomplissait toujours son œuvre néfaste même dans la saison froide. La vaccination a presque complètement écarté de nos soldats ce fléau redoutable.

Le *paludisme* a donné lieu à des manifestations constantes dans les guerres modernes ; mais son importance varie suivant les cas : c'est ainsi que, dans la guerre de Crimée, dans la guerre de 1870, il a été relativement rare ; au contraire, dans la guerre de Sécession, il a joué un rôle considérable ; il en fut de même dans l'armée du Danube, pour laquelle il a été la calamité dominante ; puis, lors de la conquête de l'Algérie, des expédi-

tions de Tunisie, de Madagascar, etc. Sa fréquence très grande au cours de la présente guerre s'explique suffisamment par nos opérations en Orient.

Autrefois, le *typhus* était considéré comme le fléau des guerres; il s'est fait de tout temps remarquer par sa terrible gravité. Il n'a pas cessé de sévir durant trois siècles : de 1505 à 1817, chaque guerre fut marquée par son développement. Il a sévi pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire. En Crimée, le typhus fit encore de nombreuses victimes. La guerre turco-balkanique le vit réapparaître. Aux Dardanelles, en Macédoine, au Maroc, de nombreux cas se sont déclarés parmi nos troupes ; des séries de foyers se sont développés dans nos possessions algériennes et tunisiennes. De tous ces foyers initiaux, le typhus a pu être apporté par le rapatriement jusqu'à Paris, où Netter en a récemment signalé quelques cas.

La *peste* et le *choléra* ne semblent pas aussi invariablement liés à la guerre, sauf, toutefois, dans les expéditions lointaines.

Autrefois, on voyait le *scorbut* sévir, surtout dans les guerres de siège ; actuellement, son importance est fort diminuée : on en a cependant signalé des cas dans des unités où les chefs ne s'occupaient pas assez de varier l'alimentation de leurs hommes et où ceux-ci étaient nourris presque exclusivement de conserves.

Ajoutons qu'à côté du chiffre élevé des malades, de la nature des maladies, il faut tenir compte de la sévérité des affections précédentes quand elles se produisent en temps de guerre.

Cette physionomie spéciale de la pathologie des guerres reconnaît des causes qui permettent de l'expliquer.

La plus constante est la *fatigue*, le *surmenage*. Le travail imposé au soldat en temps de guerre est continuel. Au bout d'un certain temps de cette vie exténuante, le surmenage passe à l'état chronique. Les hommes sont affaiblis, pâles, languissants : l'approche même de l'ennemi n'aiguillonne plus leur courage anéanti. Une telle misère physiologique diminue toute résistance à l'égard des infections qui guettent certainement ces organismes amoindris, sur lesquels les germes ont une emprise facile.

Au travail musculaire intensif s'ajoutent les *émotions de la lutte*, *l'épuisement nerveux*, qui contribuent à exagérer la dépression générale.

L'alimentation devient ici un facteur important : bien souvent l'alimentation liquide est défectueuse; malgré la surveillance du service de santé, l'ingestion d'eaux quelconques, dangereuses, apporte aux organismes affaiblis et réceptifs au maximum les germes les plus nocifs.

D'autre part, l'attention des armes combattantes étant concentrée sur la lutte, les *défaillances de l'hygiène* sont nombreuses et contribuent à la propagation des infections contagieuses.

Un facteur important intervient encore pour déterminer parfois un taux élevé de morbidité et de mortalité : c'est la *nature du sol* où se font les opérations de guerre; c'est ainsi que pendant la conquête de l'Algérie, dans la guerre de Crimée, le paludisme, la fièvre typhoïde, la dysenterie ont régné en maîtres, occasionnant dans nos troupes des déchets considérables. Il en fut de même dans la guerre turco-russe, en Cochinchine et au Tonkin.

Et si, à la nature insalubre du sol, s'ajoute la *pauvreté du pays*, ce sont de véritables désastres que l'on peut enregistrer.

Dans les *guerres courtes*, la campagne se termine souvent avant que les épidémies aient eu le temps, sinon d'apparaître, du moins de se constituer et de s'étendre.

Dans les *guerres de longue durée*, au contraire, les épidémies ont le temps d'évoluer et de se répandre; la gravité ne peut que s'accroître, d'ailleurs, au fur et à mesure des passages successifs que les germes subissent et qui augmentent leur virulence.

La *guerre de siège* se fait remarquer encore par le taux élevé des maladies infectieuses qui se donnent libre cours chez les assiégés et les assiégeants. Dans les armées assiégées surtout, le danger est très grand, car elles sont contraintes de garder leurs malades, qui deviennent des sujets constamment menaçants. De plus, chez de semblables troupes, la dépression nerveuse est intense (émotivité, crainte des échecs, etc.). Enfin, la pénurie alimentaire, quand ce n'est pas la famine, accroît encore la réceptivité particulière qu'elles offrent à toute infection. Chez les assiégeants, l'encombrement est à son comble, rendant les contacts plus étroits et augmentant les chances de contagion, créant, en un mot, ce que les anciens ont appelé le méphitisme.

Telles sont les conditions qui assurent une physiologie particulière à la pathologie des armées, en paix et en campagne. Pour lutter contre leur influeuce, il faut utiliser des moyens prophylactiques spéciaux dont l'ensemble constitue l'hygiène militaire.

Cette hygiène militaire sera d'abord préventive et aura pour but d'assurer au soldat la vigueur et la santé nécessaires pour le mettre à même de résister activement aux causes des maladies.

Malgré cette prophylaxie, l'infection peut s'abattre sur une agglomération. L'infection a franchi les portes de la caserne ou les limites du camp ; il importe de l'empêcher de se propager et d'éteindre le foyer avec toutes les ressources dont on dispose. De là les mesures concernant la lutte spéciale contre les maladies infectieuses.

AVIS

Les membres de la MUTUALITÉ FAMILIALE sont avertis que leur cotisation est majorée de 20 centimes par cent francs, les nouvelles taxes restant à la charge des sociétaires.

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Morchoine, de la Loupe, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Le Docteur St-René Bonnet, médecin consultant aux eaux de Châtel-Guyon et définitivement rentré à Châtel-Guyon, a l'honneur d'informer ses confrères qu'il y a repris ses consultations thermales suspendues depuis 1914.

—

Le Docteur Constant, médecin consultant aux eaux de Vittel, démobilisé, a l'honneur d'informer ses confrères qu'il a repris ses consultations thermales pour la saison 1918.

Suite page XVII.

CHLORO-CALCION

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Un petit conseil pratique.

Les jeunes enfants, la plupart du temps par inconscience, entretiennent jour et nuit par des attouchements, par des grattages, les plaies qui siègent à la moitié supérieure du corps, aux membres supérieurs, au visage; ils se frottent, irritent ces plaies, et infectent avec les ongles d'autres parties du corps : les reproches, les punitions n'y font rien et cet état fait le désespoir des parents.

Il est cependant un moyen bien simple d'y remédier. — Garnissez les bras et quelquefois même les avant bras des enfants d'espèces de manchettes faites avec ce papier gondolé qui sert à entourer des objets dans les colis postaux; vous les attacherez avec des épingles de sûreté; l'enfant ne pourra plus plier le coude pour se toucher ou gratter la tête et le bras de l'autre côté; il pourra jouer quand même et comme ce moyen n'est nullement douloureux il ne se plaindra pas et ne souffrira pas. J'ai employé bien souvent ce moyen et conserve même une provision de ces papiers cartons pour les remettre aux parents qui viennent me consulter pour leurs enfants.

Dr DE CHAMPEAUX.

CORRESPONDANCE

La mise en congé des vieux médecins R.A.T.

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez bien répondre par la voie du *Concours* à un abonné de la première heure.

Dans un de vos derniers numéros qu'il m'est impossible de retrouver (chose rare, mais facilement explicable dans notre vie nomade) et au chapitre des correspondances, vous estimiez qu'un officier du Service de santé appartenant à la classe 1887, même au moyen des charges de famille, pouvait être mis en congé sans solde.

Ceci m'intéresse et à ce titre je vous prie de vouloir bien me confirmer ce renseignement en m'indiquant, si possible, le numéro et la date de la circulaire autorisant ce changement de situation.

Personnellement et jusqu'ici, je ne connaissais que deux circulaires touchant cette question d'affectation des médecins R. A. T.

1° Celle du 30 juillet 1917, visant les médecins

des classes 1888 et antérieures (de par leur âge ou y ramenés par le nombre d'enfants), — qui peuvent être affectés à leur résidence de temps de paix, dans certaines conditions.

2° Celle du 21 octobre 1917 qui s'adresse aux médecins des classes 1887 et antérieures (de par leur âge seulement, et sans tenir compte du nombre d'enfants); ceux-ci peuvent être mis en congé sans solde, sur leur demande, et être ainsi rendus à la vie civile.

Y a-t-il eu une modification apportée à cette dernière décision, et suivant laquelle les médecins ramenés à la classe 1887 par leurs charges de famille, pourraient eux aussi être mis en congé sans solde ? Dr B.

Réponse.

Aux termes des dispositions actuellement en vigueur, peuvent obtenir leur mise en congé sans solde : les médecins des classes 1888 et plus anciennes ou qui y sont ramenés par *six* enfants vivants.

Un fils de médecin, tué à l'ennemi, continue à valoir à son père le bénéfice du recul d'une classe, comme s'il était toujours vivant.

Services effectifs.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur le point suivant : la durée des périodes d'instruction doit-elle entrer en ligne de compte pour le calcul de l'ancienneté de grade (ceci au point de vue de la solde) ?

J'ai reçu une réponse négative du Trésor. Elle me paraît contraire à la logique, même militaire. Dr Q.

Réponse.

Les périodes d'instruction ne comptent pas dans le calcul des services effectifs dans un grade déterminé, pour le calcul de l'ancienneté des différents échelons de solde de ce grade.

Par services effectifs, il faut entendre en effet les *services d'activité*, aussi bien pour les officiers de carrière que pour les officiers de complément, à partir du jour où il y ont été rappelés par le décret de mobilisation.

Ainsi, un médecin-major de 2e classe, promu à ce grade le 1er juillet 1908 et mobilisé le 2 août 1914, ne comptera quatre ans de grade pour l'échelon de solde après cette ancienneté, que le 2 août 1918.

Les médecins rapatriés d'Allemagne.

Voudriez-vous me donner les renseignements suivants, par poste militaire :

« Existe-t-il une circulaire ministérielle disant que les médecins qui ont été prisonniers au cours de cette campagne ne doivent plus être versés comme aide-major dans les bataillons d'infanterie ?

Si oui, voulez-vous m'en donner la date, le numéro et le texte.

Dr P.

Réponse.

C'est tout le contraire. Les décisions ministérielles prévoient que les médecins (officiers ou sous-officiers) rapatriés d'Allemagne peuvent être affectés, à des emplois neutralisés, aussi bien dans les corps de troupe que dans les formations sanitaires.

Voyez le *Concours* du 1er juillet 1918, p. 614.

Mise en congé des vieux R. A. T. des pays envahis.

Télépathie ! — J'ai reçu le numéro réclamé hier, jour où j'ai expédié ma lettre.

En demandant le renvoi (mise hors cadres ou congés sans solde) de tous les médecins R. A. T., le *Concours* a exigé *trop* du sous-secrétaire au Service de santé. Il aurait pu demander *d'abord* (et quel médecin de l'intérieur ferait objection, car celui-ci n'a rien souffert, et les médecins civils sont peu, il y en a trop de mobilisés !) la libération des majors territoriaux ayant *leur résidence en pays envahis,* dignes de compensations, après tant de présence à l'armée, alors que les territoriaux de l'Intérieur n'ont point leurs biens en capilotade. Et puis, leur nombre ne serait point tellement élevé que le trouble serait apporté dans les services. Le *Concours* pourrait restreindre à une classe — 1889, pour commencer — ses demandes de libération, par périodes trimestrielles s'il le fallait ou plus souvent.

Dr C.

Réponse.

Pour obtenir un peu, il faut demander beaucoup.

Nous en sommes actuellement à la mise en congé sans solde des classes 1888 et plus anciennes. D'ici peu, la mesure sera étendue sans doute à la classe 1889.

Mais nous sommes d'accord avec vous pour admettre et réclamer un traitement d'exception en faveur des médecins de complément R. A. T. des pays envahis.

Avancement et Galons.

Comme suite à la lecture de votre journal, traitant de l'avancement de vieil aide-majors.

Il faut de toute nécessité faire une distinction

entre l'étudiant en médecine à deux galons, et le vieux praticien à deux galons.

Pour cela, comme le disait dernièrement dans votre journal un confrère :

1° Nommer à trois galons tous les médecins âgés de plus de 40 ans, et si la fameuse loi des cadres ne le permet pas, leur donner ce grade à titre temporaire.

2° Ces médecins devraient avoir au moins dix ans d'exercice, et pour ceux qui auraient divers diplômes, titres universitaires, etc, on leur compterait une année en plus.

Admettons que cela soit encore impossible. Je propose alors, de les nommer médecins majors en second, c'est-à-dire qu'ils auraient dans ce cas les galons de capitaine avec solde de lieutenant.

Tout ceci pour éviter cet état de chose que je signale plus haut.

D'ailleurs, M. Mourier n'aurait pas grand effort à faire, car bon nombre de médecins de 44 à 48 ans, sont déjà à trois galons.

Puisque en France, nous copions toujours le voisin, voyez ce qui se passe chez nos alliés, et chez nos ennemis; vous ne trouverez jamais un vieux praticien de 40 ans ayant deux galons.

On n'a pas hésité à donner d'emblée trois galons aux médecins, chirurgiens des hôpitaux, qui même n'avaient jamais fait de service militaire. Pourquoi nous autres, vieux praticiens, n'aurions nous pas nos trois galons, après quatre années de guerre bientôt ? Nous étions déjà officiers de réserve, et avions accepté cette charge ancienne, du temps de paix.

Ne croyez-vous pas que le titre de Licencié ès sciences, de Docteur ès sciences de Pharmacien de 1re classe, de préparateur, d'ancien chef de Laboratoire ou de Clinique, joint à celui de docteur en médecine, ne vaille autant que celui de médecin ou chirurgien des hôpitaux, surtout quand pour deux places il y avait deux candidats.

Telles sont les quelques observations que je croyais utile de vous soumettre, puisque depuis la guerre vous avez bien voulu vous occuper de notre situation.

Dr P. B.

Réponse.

Nous sommes d'accord avec vous pour réclamer le grade de médecin major de 2e classe pour les vieux R. A. T. qui ont au moins 40 ans d'âge et dix ans de grade d'officier.

Mais nous n'acceptons pas votre suggestion de donner des galons sans la solde correspondante.

Ce serait contraire à nos idées. Pour nous en effet, nous l'avons souvent répété, le nombre des galons n'a d'intérêt qu'en raison

de l'accroissement de solde qu'il apporte à leurs détenteurs.

Vous le dites fort bien d'ailleurs, les aides majors de 1re classe de 40 ans doivent à cette heure être assez peu nombreux pour que leur promotion ne souffre aucune difficulté.

Questions diverses.

I. B. 1831. — 1° A quelles conditions un médecin auxiliaire de l'armée peut-il passer dans la Marine ?

2° Quelles sont les conditions demandées à un médecin auxiliaire de l'armée pour devenir sous aide-major ?

3° Pourquoi le serpent et le caducée sont-ils les emblèmes du Service de santé ?

Réponse.

1° Il est très difficile, sinon impossible, pour un médecin de passer de la *Guerre* à la *Marine* et *vice versa*.

Vous trouverez dans le n° 2 du *Concours Médical* de 1917, page 64, un décret relatif aux étudiants en médecine postulant le grade de médecin auxiliaire de la marine.

2° Le *Concours Médical* du 1er février 1917, a publié pages 21 et suivantes, le décret du 18 janvier et l'instruction qui y fait suite, sur la hiérarchie des étudiants en médecine.

3° Le Caducée, dont les éléments symbolisent la vérité, la prudence, la vigilance, a été de tout temps l'attribut du médecin. Ainsi s'explique que quand on organisa le Service de santé militaire, on donna aux médecins et par extension, à leurs collaborateurs ou subordonnés, le caducée comme signe distinctif.

Remarquez que les vétérinaires qui portent le velours grenat, n'ont comme insigne, que des palmes sans caducée.

Chacun à sa place.

Abonné à votre excellent journal, toujours ardent à défendre la cause et les droits du praticien mobilisé, je viens de lire dans votre n° du 15 avril les lettres de cinq confrères, lettres que vous recommandez à la bienveillante attention de M. le oSus-secrétaire d'Etat.

Pour compléter la demi-douzaine et à titre documentaire, permettez-moi de vous mettre au courant de ma situation militaire et de poser quelques points d'interrogation — qui ont un intérêt général.

De la classe 97, mais comptant avec la classe 94 en raison de mes trois enfants, j'ai été mobilisé le 4 août 1914. Parti au front en septembre 1915, j'y suis sans interruption depuis cette date, c'est-à-dire depuis 31 mois.

Une relève pour les médecins ayant dix-huit mois de front a été faite en décembre 1916. Certains confrères en ont bénéficié.

Peut-on espérer que des médecins âgés de plus de 40 ans pourront bénéficier de pareille relève après 36 mois de front?

Ne pourriez-vous pas poser ou faire poser cette question à Monsieur le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé?

Depuis 31 mois que je suis au front, j'ai toujours été affecté à une ambulance d'une division, dite de choc, et détaché aux offensives de Verdun, la Somme, la Champagne, dans des postes de secours. Mes chefs ont cru devoir reconnaître mes services par l'attribution d'une croix de guerre et de mon troisième galon.

Cette promotion n'a provoqué en moi qu'un sentiment de joie très mitigée, malgré l'augmentation de solde inhérente, qui m'aide à supporter plus facilement mes charges de famille : « *Timeo Donaos et dona ferentes.* »

Je viens d'être affecté comme médecin chef dans un régiment d'infanterie. J'y suis venu sans amertume mais sans pouvoir cependant m'empêcher de penser que si un troisième galon doit se payer d'un stage dans l'infanterie, ma place, étant de la classe 94, était plutôt dans un régiment de territoriale.

Et puisque la circulaire du 15 février 1918 affirme de nouveau que la place des jeunes est à l'avant — de quelle classe faut-il donc être pour aller dans une formation sanitaire un peu moins à l'avant que le régiment d'infanterie ??

***

Il est une autre chose que je voudrais savoir, mais que vous ne pourrez pas me dire : c'est l'âge exact de ce jeune et élégant médecin-major de 2e classe, taillé en hercule, décoré de la légion d'honneur. . . . .

Et que fait-il dans ce bureau à 40 kilomètres de la ligne de feu qui ne puisse être fait par un médecin-major de la classe 94 ou 92, fût-il de la territoriale ??

L'affectation à l'intérieur des vieux médecins R. A. T.

La réponse de M. le Sous-secrétaire d'Etat à votre lettre transmise par notre confrère le Dr Doisy ne vous donne pas satisfaction et montre une fois de plus la tendance à la fonctionnarisation des médecins. 18.565 médecins mobilisés, sur 20.803, sont absolument indispen-

sables et seront même bientôt insuffisants, si l'on veut continuer à assurer le service médical des populations civiles avec les ressources de la Direction du Service de santé.

Au moment où les ouvriers et chefs d'usines sont mis en sursis d'appel lorsqu'ils sont réclamés par le commerce ou l'industrie, les médecins devront être mobilisés pour soigner gratuitement les populations civiles et les militaires en sursis dont les bénéfices n'ont jamais été aussi importants.

Tous les jours, les facultés reçoivent de nouveaux docteurs et le Service de santé crée de nouveaux aides-majors, augmentant ainsi le nombre des médecins militaires pendant que le nombre des médecins civils diminue par suite des décès qui ont augmenté considérablement parmi nos confrères, conséquence du surmenage imposé aux vieux praticiens malades, obligés de prodiguer leurs soins à la population civile dépourvue de médecins.

Les mesures que vous préconisez depuis longtemps dans le *Concours Médical* : « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière, et les R. A. T. qui en feront la demande en congé sans solde, seraient trop logiques et trop rationnelles ; on préfère peut-être la mise hors cadres des jeunes qui sont pris de palpitations dans la zone des armées et de « frontophobie » quand ils sont évacués à l'arrière, et qui, rentrés chez eux, font de la clientèle 12 et 15 heures par jour.

S'il n'est pas possible actuellement de démobiliser 8 classes comme le dit M. le Sous-secrétaire d'Etat, il n'y aurait peut-être pas autant d'inconvénient à appliquer cette mesure à 2 ou 3 classes, afin de mettre chacun à sa place et de rendre au Service de Santé pour les besoins purement militaires un certain nombre de médecins qui sont actuellement affectés au service des populations civiles, hôpitaux civils ou usines.

En attendant que cette mesure soit prise, il en est une qui s'impose et qui pourrait être appliquée immédiatement par le ministre sans aucun préjudice pour les effectifs : c'est d'étendre à tous les médecins dont la classe a été relevée du front, la faveur accordée aux médecins des classes 1888 et plus anciennes, de pouvoir être affectés dans leur ville de résidence ou à proximité. Nul n'ignore qu'avec la cherté de la vie, la solde du médecin mobilisé ne lui permet pas de vivre à l'intérieur et encore moins de subvenir aux besoins de sa famille; un grand nombre de confrères et surtout ceux qui ont plusieurs enfants ne peuvent pas accepter la relève parce qu'ils ne pourraient pas vivre en famille, que leurs dépenses ne seraient pas en rapport avec leur situation de fortune et qu'il leur manquerait l'indemnité, touchée dans la zone des armées. Ne peuvent donc bénéficier de la relève que les célibataires, les médecins n'ayant aucune charge

de famille, ou assez fortunés pour s'offrir le luxe d'avoir un deuxième logement.

Il est juste que l'on fasse quelque chose pour des médecins R. A. T., dont la plupart ont actuellement plus de trois ans de front: espérons que M. le Sous-secrétaire d'Etat dont nous connaissons l'impartialité, l'équité et la sympathie, saura trouver une solution élégante qui leur donnera satisfaction.

***

A la suite de multiples interventions, le sous-secrétariat du Service de santé s'était décidé enfin à procéder à la relève des médecins de la classe 1892 et ceux-ci furent informés par note du 20 mars qu'ils allaient rentrer à l'intérieur, leurs remplaçants étant nominativement désignés. Mais, ce qui était accordé d'une main, fut repris peu après de l'autre, car le 6 avril, ces pauvres médecins de 46 ans furent informés que « les circonstances actuelles ne permettant pas la mise en route des médecins de l'intérieur qui devaient relever les médecins de la classe 1892, la relève était suspendue jusqu'à nouvel ordre ». Comme enterrement de première classe et comme motif, c'est ce qu'on a trouvé de mieux jusqu'à ce jour. Comme si, en quinze jours, on n'aurait pas pu mettre en route les jeunes de l'intérieur! Comme si les 250 médecins de 92, *pour la plupart inoccupés aux armées* — je dis bien : pour la plupart inoccupés — ne rendraient pas plus de services à l'arrière, où beaucoup d'hôpitaux manquent de médecins, puisqu'on y envoie des *jeunes* pris aux armées! Il eut été évidemment trop simple d'y ramener les médecins de 92, puisque *théoriquement* ils sont relevés.

Dr C.

Voyez page 652, la Relève 1892, est en cours de nouveau.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Réflexions sur deux nouveaux documents officiels.

Je vous suis très obligé d'avoir bien voulu insérer intégralement dans le dernier n° du *Concours médical* la lettre que je vous avais adressée sur les affectations des médecins suivant l'âge — et les médecins déjà âgés *oubliés* au front.

Je viens, ces jours derniers, d'avoir connaissance de deux nouveaux documents qui ne modifient en rien notre situation, mais appellent quelques commentaires.

Une « note pour les armées » émanée du G. Q. G., en date du 1er mai 1918 et relative à « la relève des sous-officiers spéciaux du Service de Santé », indique que : « Par décision ministérielle 13720 A2/7, du 28 avril 1918, le ministre fait connaître qu'à l'avenir il y aura lieu de lui transmettre pour décision, comme susceptibles de recevoir satisfaction lorsque les disponibilités en personnel de l'intérieur permettront leur remplacement aux Armées, toutes les demandes de renvoi dans la zone de l'intérieur des sous-officiers spéciaux du Service de santé âgés de plus de 40 ans, compte tenu de leurs charges de famille, des catégories ci-dessous : médecins sous-aides-majors, médecins auxiliaires, pharmaciens auxiliaires, dentistes auxiliaires. »

Pourquoi cette décision ministérielle est-elle limitée aux sous-officiers dits spéciaux du Service de santé? Parce qu'ils n'ont jamais bénéficié d'une relève? Mais nombre de médecins et de pharmaciens officiers sont dans le même cas. Le bureau du personnel continue sans doute de croire que, des médecins et des pharmaciens-officiers qui se trouvaient au front en fin 1916, ou au début de 1917, ceux-là seuls s'y trouvent encore qui ont renoncé alors à demander le bénéfice de la relève finale, dite de trois mois. Grande erreur! Et qu'un peu de réflexion suffit, d'ailleurs à montrer. Les médecins et pharmaciens officiers qui n'avaient pas encore, au moment de cette relève des trois mois, les dix-huit-mois de présence au front, nécessaire pour en bénéficier, les ont eus depuis et les ont largement dépassés.

A quelques-uns, ces dix-huit mois de présence étaient acquis presque au moment même où la porte de la relève venait de se fermer devant eux.

Aussi bien, la D. M. ci-dessus n'impose aux sous-officiers spéciaux du Service de santé aucune durée minima de présence au front — et si l'on ne peut se dissimuler qu'elle n'institue pas un droit pour ceux qu'elle vise et que le renvoi à l'intérieur qu'elle les autorise à demander reste, d'après les termes mêmes dans lesquels elle est rédigée, assez lointain et hypothétique, du moins semble-t-elle voir dans l'âge de 40 ans, un âge limite pour les affectations aux Armées. En vertu de quel raisonnement et de quel principe cet âge limite ne serait-il pas le même pour les médecins et les pharmaciens officiers? Nombre d'entre eux, d'ailleurs, je l'ai dit, n'en demanderaient pas tant. Et il leur suffirait que des instructions *précises* et *formelles*, dépouillées de cette formule échappatoire : « Suivant les nécessités du service », leur assurent une affectation stable dans les formations d'armée ou d'étapes et même, en attendant une stabilité complète, dans les ambulances divisionnaires, leur évitant d'aller à chaque instant remplacer dans des corps de troupe de tout jeunes gens.

Le deuxième document, dont je connais seulement l'analyse qu'en ont donnée les journaux du 26 mai, annonce une décision du sous-secrétaire d'Etat, relative aux officiers du Service de santé veufs avec enfants, qui bénéficieront désormais d'une classe d'ancienneté supplémentaire. Ce à quoi tout le monde applaudira.

D'autre part, le sous-secrétaire d'Etat rétablit dans le classement pour le tour de départ le coefficient : séjour au front. Applaudissons aussi! Il était souverainement injuste qu'à classe égale, celui qui avait un séjour au front d'une durée supérieure ne fût pas avantagé.

Mais « *tour de départ* », qu'est-ce à dire? S'agit-il toujours et uniquement du départ *de l'intérieur pour le front?* Hélas! Rien, jusqu'à plus ample informé, ne permet de voir là encore autre chose que ce point de vue *unilatéral*.

Pourtant, en bonne logique, si l'on en revient, et équitablement, à tenir compte de la durée de présence aux Armées, n'est-ce pas là, obligatoirement, le rétablissement de la relève?

Car enfin, à classe égale, tels qui ont bénéficié de la relève autrefois ou naguère pour une cause quelconque, prendront rang, avant de repartir au front, derrière ceux qui n'y ont fait qu'un séjour moindre. Et c'est juste. Mais pendant ce temps, les camarades de même classe qui n'ont pu, on a vu pourquoi, être relevés, seraient fixés au front *indéfiniment*, acquérant, dépassant, doublant, etc., le temps de front des premiers?

Est-ce admissible? Et n'est-ce pas, cependant, si une nouvelle décision ministérielle n'intervient pas, la situation, dès maintenant, faite aux *oubliés?*

Dr D.,
médecin major de 1re classe

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et Réponses militaires.

21957. — M. Emile Constant (Gironde), député, demande à M. le ministre de la Guerre s'il ne juge pas équitable d'admettre au grade d'aide-major de 2e classe, les pharmaciens de 2e classe qui comptent un séjour de plusieurs mois au front et qui continuent à être assimilés aux adjudants. (*Question du 7 mai 1918.*)

Réponse. — La nomination des pharmaciens de 2e classe au grade d'aide-major de 2e classe ne pourra être envisagée, conformément à l'ordre de préférence indiqué dans l'article 28 de l'instruction du 15 septembre 1917, qu'après celle de tous les pharmaciens de 1re classe, dont un certain nombre n'ont pu encore être nommés.

22069. — M. Henri Labroue, député, demande à M. le ministre de la Guerre dans quelles conditions sont nommés au grade de pharmacien auxiliaire les étudiants en pharmacie qui ont satisfait aux examens passés à Paris en novembre 1917, et notamment dans quelle mesure il est tenu compte de leur numéro de classement à ce concours, de leur nombre d'inscriptions antérieures, de la durée de leurs services dans une unité combattante ou dans la zone des armées. (*Question du 10 mai 1918.*)

Réponse. — Les pharmaciens auxiliaires sont nommés, dans chaque armée, par les soins du médecin chef supérieur du Service de santé de cette armée, selon les besoins du service et dans l'ordre de préférence, en commençant par ceux dont les titres scolaires sont les plus élevés.

22349. — M. Lucien Bertrand (Drôme), député, demande à M. le ministre de la Guerre si les médecins-chefs de camions de stérilisation et de radiographie, affectés aux ambulances ou H. O. E., qui prennent souvent la garde — tous les jours pour leur spécialité — sont astreints à prendre la garde au triage, comme les médecins de la formation à laquelle ils appartiennent. (*Question du 24 mai 1918.*)

Réponse. — Aucune disposition réglementaire n'interdit l'emploi des médecins chefs de camions de stérilisation et radiographie en dehors de leur spécialité. Si, en période d'activité, ils sont uniquement employés dans leurs fonctions techniques, en période de calme, ils peuvent concourir au service général, au même titre que les autres médecins.

22364. — M. le commandant Josse, député, demande à M. le ministre de la Guerre : 1o si un règlement sur le service dentaire aux armées sera bientôt rédigé et mis en vigueur; 2o si chaque dentiste sera pourvu, à brève échéance, de l'outillage nécessaire; 3o si une indemnité de remboursement, pour usure, perte ou bris, est enfin prévue pour indemniser les dentistes militaires ou leurs ayants droit en cas de décès, qui assurent leur service avec leur outillage personnel; 4o si l'attribution d'un infirmier, considéré comme indispensable au service dentaire des régiments, sera rendue réglementaire; 5o pourquoi les édentés dont les cas sont prévus par la circulaire du G. Q. G. 3669/5 du 15 juin 1916 (relative à l'attribution des appareils de prothèse) voient leurs demandes d'appareillage refusées. (*Question du 24 mai 1918.*)

Réponse. — 1o L'organisation des services dentaires aux armées est réglée par des décrets, dépêches ministérielles et notes qui spécifient tous les détails de son fonctionnement; 2o L'outillage pour les dentistes des armées est actuellement en fabrication; il est envoyé aux armées au fur et à mesure des livraisons; 3o Une indemnité de remboursement pour usure, perte ou bris d'instruments pourra être accordée aux dentistes militaires qui auront fait prendre en charge régulièrement, par un officier gestionnaire, leur matériel, réquisitionné ou prêté. 4o L'affectation d'un infirmier au service dentaire ne peut être faite qu'en raison de l'importance de chaque service et des disponibilités en infirmiers; 5o Les demandes d'appareillage relatives à des cas visés par la circulaire du 15 juin 1916 ne doivent pas être refusées.

22401. — M. Charles Bernard (Seine), député, demande à M. le ministre de la Guerre quand les médecins du front de la classe 1892, dont la relève a été suspendue en mars dernier, rentreront à l'intérieur, et comment il se fait, puisqu'on ne peut relever la classe 1892, qu'il y ait à l'intérieur quantité de médecins de classes beaucoup plus jeunes maintenus à l'intérieur sans raisons valables. (*Question du 28 mai 1918.*)

Réponse. — Les médecins de la classe 1892, dont la relève est en cours, rentreront prochainement dans la zone de l'intérieur et seront remplacés par les médecins des classes plus jeunes, qui sont actuellement à l'intérieur.

22200. — M. Tissier, député, rappelle à M. le Ministre de l'Instruction publique qu'un décret récent a autorisé les étudiants en service aux armées, des classes 1914 et antérieures, inscrits à une faculté, à prendre pendant la durée de la guerre des inscriptions et à subir des examens, et demande s'il ne serait pas légitime d'étendre le bénéfice de ces mesures aux étudiants pourvus de leur diplôme de bachelier, des classes 1915, 1916, etc., et appelés sous les drapeaux au mo

ment où ils venaient d'être reçus au baccalauréat. (*Question du 16 mai 1918*).

Réponse. — C'est d'accord avec M. le ministre de la guerre et pour éviter les nombreux abus d'une extension illimitée que les dispositions de l'instruction du 25 mars ont été réservées aux jeunes gens qui se trouvaient au moment de leur appel sous les drapeaux, en cours d'études d'enseignement supérieur. Quant à ceux qui, pourvus du baccalauréat, n'avaient été ni inscrits, ni immatriculés avant leur incorporation et n'avaient ainsi jamais manifesté l'intention de faire des études supérieures, ils n'ont, en aucune façon, la qualité d'étudiants et ne peuvent par suite bénéficier de l'instruction du 25 mars. Ils pourront faire d'ailleurs, s'il y a lieu, l'objet de mesures réparatrices qui interviendront lorsqu'ils seront démobilisés.

22447. — M. Gilbert Laurent (Loire), député, demande à M. le Ministre de l'agriculture et du ravitaillement si les médecins praticiens, âgés de plus de soixante ans, chargés de services publics (assistance médicale, vaccination, etc.), ne pourraient être assimilés aux travailleurs auxquels une ration supplémentaire de pain est attribuée. (*Question du 30 mai 1918*).

Réponse. — Le ministre de l'agriculture et du ravitaillement reconnaît que dans les circonstances présentes, les médecins âgés de plus de soixante ans, chargés de certains services publics (assistance médicale, vaccination, etc.), ont un surcroît de travail. Toutefois, en l'état actuel de nos approvisionnements en céréales, l'octroi renouvelé de dérogations, dont l'étendue n'aurait plus de limites, risquerait de rendre totalement inopérante l'économie du système de classement des consommateurs par catégories, tel qu'il résulte des instructions en vigueur. D'autre part, il y a lieu d'observer que les médecins sont en situation de se procurer des aliments de remplacement pour compléter leur ration de pain

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

La patente des maisons de santé.

Le *Concours Médical* (numéro 4, 15 février 1918) a publié une décision du Conseil d'Etat (section du contentieux) en date du 9 février 1917, qui intéresse tous les médecins possédant une maison de santé. Cette décision établit nettement la différence qui existe entre la patente afférente à la profession du médecin (tableau D), et la patente de maison de santé (tableau C).

Il est intéressant d'insister sur cette question, qui paraît ignorée, surtout à Paris, par les médecins, particulièrement les spécialistes, qui sont à la tête d'une maison de santé.

Il y a lieu d'abord de bien établir que, actuellement, les dénominations de clinique et de maison de santé se confondent : elle désignent un établissement où des chambres sont réservées aux malades opérés ou en traitement, d'autres locaux étant disposés pour les opérations et certaines pièces servant aux consultations; c'est le cas le plus général.

Durant les vingt-cinq années pendant lesquelles j'ai exercé à Reims, j'ai toujours payé deux patentes différentes : l'une pour ma maison d'habitation habituelle et principale : c'est la vraie patente professionnelle, celle qui atteint tous les médecins; l'autre pour ma clinique, qui était régulièrement établie de la façon suivante :

Droit fixe	5 fr.
Personnes attachées à l'établissement	5 fr. par personne.
Droit proportionnel sur la valeur locative.	le 50e

En plus : les centimes additionnels.

Lorsque les nécessités de la guerre m'ont obligé à quitter Reims, je me suis installé à Paris. Je n'ai pas été peu surpris de me voir attribuer deux patentes, pour mon habitation habituelle et principale et pour ma clinique, fixées l'une et l'autre au 15e du loyer : ce qui constitue en somme deux patentes identiques, pour l'exercice de la même profession.

Je me suis adressé alors au *Concours Médical*. Et je dois à l'extrême obligeance de Me Dumesny d'avoir trouvé une solution. Me Dumesny m'a rappelé l'existence d'un excellent petit livre, intitulé : *Manuel pratique du droit Médical*, par Simon Auteroche, édité en 1908 par la librairie Doin. Ce livre, très concis, est bien le vrai guide du médecin en matière de droit. A propos de la question des maisons de santé, il dit, à la page 171 :

« Le médecin qui possède une maison de santé et y donne des consultations doit à la fois : 1o le droit fixe et le droit proportionnel pour la maison de santé; 2o le droit proportionnel (du 12e ou du 15e) pour les locaux de l'établissement servant à l'exercice de la profession. (Conseil d'Etat, 10 mars 1899, Dalloz, 1900 à 5.497). »

Voilà qui est très clair et ne prête à aucune controverse. Me basant sur cette décision du Conseil d'Etat, j'ai adressé une demande en décharge à la Préfecture de la Seine, et je l'ai obtenue sans aucune difficulté.

Il me paraît donc que le calcul de la patente doit être fait à Paris, pour les locaux réservés à l'hospitalisation des malades (cliniques et maisons de santé) de la même façon que je l'ai vu établir à Reims pour moi pendant vingt-cinq ans.

Il y a, par conséquent, pour Paris, deux patentes distinctes pour ceux qui ont une clinique ou maison de santé, savoir:

1° Patente professionnelle, qui comporte un droit proportionnel au 15e du loyer de l'habitation habituelle et principale, si ce loyer est inférieur à 4.000 francs, et au 12e, s'il est supérieure à cette somme.

2° Patente de maison de santé, qui comprend deux parts : la première se rapporte aux locaux servant à opérer et à hospitaliser les malades; elle est calculée comme je l'ai dit plus haut (droits fixes, et droit proportionnel au 50e); la deuxième concerne les locaux réservés aux consultations, et elle est calculée comme pour la patente professionnelle, au 12e ou au 15e de la valeur locative. — S'il n'est pas donné de consultations, la patente de maison de santé est seule due; mais ce cas, je crois, est exceptionnel.

Or, ceci aboutit à une notable différence. D'autant plus que, dans la plupart des cas, comme me l'ont rapporté plusieurs de mes confrères, on procède pour l'établissement de la patente, d'une façon fort peu compliquée pour le trésor, mais plus sensible à la bourse du contribuable. On additionne purement et simplement le loyer de l'habitation et celui de la clinique. (Les deux maisons sont la plupart du temps éloignées l'une de l'autre). De telle sorte que si, par exemple, le loyer de l'habitation est de 2.500 francs et celui de la clinique de 1.600 francs, cela donne 4.100 fr.; et l'on fixe le droit proportionnel au 12e, alors que, même pour chaque loyer pris séparément, il ne serait que du 15e (sans tenir compte de la partie des locaux de la clinique à imposer au 50e).

Il y a encore une distinction à faire, lorsque le médecin habite la maison de santé (ou d'aliénés, dit la loi). Dans ce cas, il y a les droits fixes, et le droit proportionnel du 50e; mais les locaux réservés à l'habitation sont soumis au droit proportionnel du 20e. On ne fait aucune mention des consultations dans cette catégorie.

L'impôt des patentes a été supprimé depuis cette année, en tant qu'impôt d'Etat; de sorte que les considérations précédentes paraîtront au premier abord avoir moins d'importance. Mais le *Concours Méeical* nous fait savoir dans le numéro 12, du 15 juin 1918, page 575 (petite correspondance) : « que les parts des communes et du département persistent jusqu'à nouvel ordre; aussi les centimes additionnels sont-ils calculés d'après les rôles anciens ».

Il sera donc nécessaire, dans la plupart des cas, pour nos confrères, de faire réviser ces rôles anciens selon les indications de cet article.

Dr Bourgeois.
Ophtalmologiste des hôpitaux de Reims, vice-Président du Syndicat général des Oculistes.

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite [1])

Le Parlement sanctionne le plan conçu : La loi d'avril 16, crée les dispensaires antituberculeux.

La loi instituant des dispensaires antituberculeux a été votée en avril 1916. Le texte a été déposé par M. L. Bourgeois en juillet 1913; c'était un premier échelon. Cette loi dispose que des dispensaires *pourront être créés*, que leur rôle est de faire l'éducation antituberculeuse et « *qu'ils organiseront, pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments* ».

L'article I précise que « les services de ces dispensaires pourront être mis à la disposition des Sociétés de Secours Mutuels et des Œuvres de bienfaisance, dans des conditions fixées par des tarifs établis conformément aux articles 7 et 8 ».

« Ces deux articles 7 et 8 disent, article 7 notamment : « Que les recettes propres viennent des indemnités payées par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités, selon des tarifs déterminés. Ces tarifs sont fixés par le Préfet, de concert avec le Syndicat Médical et le Conseil d'Administration. Des Sociétés de Secours Mutuels pourront profiter des facilités de crédit prévues par les dispensaires publics; ils pourront recevoir des subventions. Ces sociétés administrent seules le dispensaire et ces « dispensaires peuvent étendre leur action aux personnes ne faisant pas partie de la Société. »

Les Dispensaires publics seront (art. 3) institués par décrets rendus sous la forme de règlement d'administration publique *« L'aptitude du*

(1) Voir no 11 du 1er juin, p. 517 ; no 12 du 15 juin, p. 568 ; no 13 du 1er juillet, p. 614.

DEMANDES ET OFFRES

Nº 61. — Dr Gloppe, Lapalisse (Allier), achèterait auto 6 à 8 HP, 2-4 cylindres 1re marque type récent ou nouveau remis à neuf.

—

Nº 62. — Grande banlieue sud, 50 km. de Paris, bonne clientèle de médecin-pharmacien à céder pour raisons de santé. Moyenne des dix dernières années 15.000 fr. On laisserait l'usage du mobilier et du ménage à successeur pendant la guerre. Conditions absolues 5.000 fr. dont 3.000 comptant.

—

Nº 63. — Docteur désirerait occupation pendant quelques heures par jour de préférence à la campagne pour aide ou remplacement prolongé. Ne veut pas s'installer.

—

Nº 64. — Médecin spécialiste, ville de province, demande remplaçant, au courant oculistique et oto-laryngologie.

[Suite page XIX.

personnel est vérifiée par le Conseil départemental d'hygiène ».

L'article 4 fixe la composition du Conseil d'Administration qui comprend 2 membres dont « *un représentant des Syndicats Médicaux de la circonscription du dispensaire* ». Ce Conseil d'Administration nomme (art. 5) le personnel du dispensaire (médecins, moniteurs et monitrices).

Les ressources nécessaires à couvrir les dépenses de premier établissement ou d'agrandissement sont réalisées à l'aide de la participation des particuliers, des communes, des groupes de communes, de l'Etat, des Sociétés de Secours mutuels et même, d'emprunts ; et le rapporteur, M. Honnorat, ajoute « que cela pourrait même être un bon placement, les dispensaires devenant des organismes vivants et puisant dans leur clientèle même les ressources nécessaires à leur fonctionnement ».

A l'article 9, il est dit que « les associations de bienfaisance et les personnes qui, dans un intérêt exclusif de bienfaisance, ont créé ou créeraient des dispensaires, « *peuvent, dans certaines conditions, bénéficier des avantages accordées aux Sociétés de Secours mutuels* ».

L'article 2, important, stipule que lorsque pendant quatre années consécutives, le nombre des décès, sur le territoire d'une ou plusieurs communes, dépassera la moyenne de la mortalité en France, la création d'un dispensaire d'hygiène sociale peut être *déclarée obligatoire, par décret*. Les communes, le département et l'Etat devront alors participer aux frais de premier établissement, conformément au barême établi par la loi du 14 juillet 1913.

Ainsi, les dispensaires antituberculeux peuvent être créés soit par l'initiative privée, soit par l'initiative publique, appartenir à une Personne à une Société ou à l'Etat.

« Ils peuvent être », c'est-à-dire que leur création est facultative et ils ne deviennent obligatoires que dans des conditions déterminées. Ils sont accessibles aux indigents et aussi, sous certaines conditions, aux malades non privés de ressources. Nous pensons d'ailleurs que le dispensaire antituberculeux-type dispose de services importants : désinfection et nettoyage du linge, blanchissage, distribution des médicaments, des désinfectants nécessaires.

***

Le provisoire de guerre doit devenir définitif après guerre.

Donc, la guerre a réalisé, dans les faits, le plan proposé par la Commission Permanente ; ou mieux, l'organisation de la lutte antituberculeuse de guerre a été organisée selon les plans établis durant la paix. De gros capitaux ont été engagés du fait de la guerre ; et il a été bien indiqué que le travail fait ne disparaîtrait pas avec la guerre Les installations, tout au moins la plupart d'entre elles, hôpitaux ou Stations militaires, persisteront donc et constitueront les sanatoria ou les hôpitaux réclamés par le plan adopté déjà par l'Assistance Publique à Paris. On a donc construit, pour l'avenir, un provisoire qui deviendra définitif ; on a fait des adaptations qui auront l'usage du « neuf ».

« La guerre finie », a dit M. Godart (discussion au Sénat, interpellation Martin) « tout ce qu'a créé le Service de santé militaire devra être maintenu et utilisé au profit de la population civile. J'ai, ajoute-t-il, dans ce but, pour les hôpitaux sanitaires, choisi des locaux où pouvait être faite une installation définitive ; des crédits importants devront être accordés au Ministère de l'intérieur pour continuer l'œuvre de préservation ».

Cette organisation réservée, pour le moment, aux tuberculeux de la guerre sera étendue à tous les tuberculeux, après la guerre ». Ce cadre étant établi, dit M. L. Bourgeois, (interpellation Martin au Sénat), *il faut qu'il soit maintenu de façon permanente et définitive et que ce soit l'armature générale de la lutte antituberculeuse, dans le pays tout entier pour toute la population civile* ».

Dès maintenant, nous savons que des capitaux considérables sont engagés :

3.750.000 francs en 1916,

5.550.000 francs en 1917, pour la seule part de l'Etat à laquelle viennent s'ajouter les subventions et le produit des quêtes (Journée des Tuberculeux : 1.700.000 francs, etc.).

Les capitaux ne manquent donc pas et il y a tout lieu de croire que l'effort pécuniaire ne se ralentira pas, que des lois nouvelles interviendront pour organiser, après la guerre, les Stations et les hôpitaux sanitaires en sanatoria civils : la chose sera facile. Actuellement, la lutte antituberculeuse officielle dispose de 30 Stations Sanitaires avec 3.000 lits ; 4 ou 5 Stations viendront bientôt ajouter à ce total un millier de lits. D'autre part, les hôpitaux sanitaires disposent d'un total de 8.880 lits ; on peut donc évaluer à 12.000 lits, environ, le total des disponibilités des Stations et des hôpitaux. Dans cet ensemble ne sont pas comprises les organisations civiles antérieures, les créations de la Ville de Paris, de Lyon, etc.

Quant aux dispensaires, la loi a été promulguée le 18 avril 1916. Le Rapporteur à la Chambre (Honnorat) s'appuyait, pour demander le vote sans modifications du texte présenté, sur ce point que « l'occasion était favorable ». Et il émettait l'espoir que « les crédits ouverts par la loi d'octobre 1915 serviraient à doter chaque département d'un dispensaire ».

Cet espoir n'a certainement pas encore été réalisé.

Nous sommes donc en présence d'une organisation d'ensemble dont l'importance est considérable et devant laquelle nous ne pouvons pas rester indifférents. Cette organisation existe et se développe, jusqu'ici, en dehors de nous et pourtant, elle ne peut se développer, en somme, qu'autour de nous et qu'avec nous.

(A suivre). R. L.

LA VIE SYNDICALE

L'Assistance médicale gratuite et la Fédération des syndicats médicaux de Maine-et-Loire.

Dans le *Concours Médical* du 15 avril 1918, M. le Dr Decourt publie une lettre au Conseil Général de Seine-et-Marne, où il expose la légitimité d'un relèvement du tarif de l'A. M. G.

J'aime à croire que les considérations judicieusement développées par lui ont été favorablement accueillies.

Je crois bon de porter, par l'organe du *Concours Médical*, à la connaissance des Syndicats, pour encourager ceux, s'il en reste, qui n'auraient pas fait la même démarche ou qui n'auraient pas obtenu le même succès, que le Conseil Général de Maine-et-Loire, dans sa session dernière, a volontiers accepté un relèvement du tiers du tarif de l'A. M. G. Le prix de la visite et de la consultation a été fixé à 1 fr. 50 au lieu de 1 franc et l'indemnité kilométrique à 0 fr. 75 au lieu de 0 fr. 50.

Déjà, l'année précédente, le tarif pharmaceutique avait bénéficié de modifications analogues.

Tout n'est pas parfait encore dans cet important service. Loin de là!

Mais on peut espérer, à force de persévérance, une collaboration peu à peu plus étroite et plus efficace des Associations professionnelles et des Pouvoirs publics.

Puissent *tous* les confrères s'en convaincre, s'intéresser chaque jour davantage aux graves questions médico-sociales qui se multiplient, les étudier ensemble, et en poursuivre résolument la solution. Cette solution sera pour ou contre eux suivant qu'ils auront ou non énergiquement lutté eux-mêmes pour la faire ce qu'elle sera.

Veuillez agréer, etc.

Dr Meignant.

L'A. M. G. dans le Finistère.

Dans une note publiée dans le *Concours,* le docteur X... que je regrette ne pas connaître davantage mais qui, par les chiffres qu'il donne est certainement du Finistère, se plaint du profond sommeil des syndicats du département.

Le confrère X... a raison. Depuis 1914, je n'ai vu aucune manifestation de nos groupements professionnels, et cependant le syndicalisme a-t-il jamais connu une période où nos intérêts ont eu besoin d'un appui plus énergique?

Les bureaux sont mobilisés, dit-on. Cela prouve que les médecins — et ils ont raison — ont confié, avant la guerre, la direction de leurs affaires à des confrères jeunes, en pleine activité.

Mais la séance continue. Ceux qui restent, les vieux, ont dû doubler, tripler, quadrupler leur besogne coutumière pour que les malades n'aient pas trop à souffrir de l'universel cataclysme.

En dehors de l'exercice banal de la profession, une foule de problèmes nouveaux se sont posés et se posent chaque jour que, dans notre isolement, nous ne saurions parfois résoudre que très difficilement si nous n'avions à notre disposition, le plus grand nombre d'entre nous, l'aide puissante du *Concours,*

Mais à chacun son rôle. Le *Concours* ne peut utilement traiter que les questions qui intéressent l'ensemble des médecins français; et la besogne n'est pas mince. Lorsqu'au contraire il s'agit de discuter un tarif avec une administration départementale, c'est au syndicat — dans l'espèce aux quatre syndicats groupés en fédération départementale — que ce travail incombe.

Et c'est bien le cas aujourd'hui. Nous vivons encore en 1918, sous le régime du règlement et du tarif élaborés en 1894, en application de la loi du 15 juillet 1893!

Les seules modifications apportées depuis, à ce tarif, l'ont toujours été à notre détriment.

A la dernière session du Conseil général, un membre de cette assemblée — ce n'est pas un médecin — à la bonne volonté de qui nous devons rendre un juste hommage, a proposé en notre faveur, un relèvement de tarif. Si la question a été renvoyée à la session prochaine — et qui sait? — à plus tard encore, nous n'avons de reproche à faire qu'à nous mêmes, car nous n'avons pas su l'appuyer. Mais oui, il faut dire les choses telles qu'elles sont.

Si les pharmaciens du département ont réussi à obtenir un relèvement de 50 % et non de 5 comme dit le Dr X..., c'est qu'ils ont fait marcher leur syndicat. La voie est facile à suivre.

Vraiment, n'y aurait-il donc pas dans le département, un médecin qualifié par la confiance de ses confrères pour prendre l'initiative des démarches nécessaires? Et que la crainte d'empiéter sur les prérogatives d'un des nôtres mobilisé ne l'arrête pas en chemin!

En effet, les avantages que nous pouvons obtenir maintenant en toute justice profiteront également aux autres, aux jeunes, au fur et à mesure de leur retour dans leurs clientèles. Et

c'est précisément l'argument décisif qui doit dicter notre conduite en levant toute hésitation ; si nous avons le droit de négliger nos intérêts, nous avons l'impérieux devoir de veiller à ceux des absents.

J'ai donc la ferme conviction que le prochain numéro du *Concours* si largement hospitalier, insérera tout au moins l'ébauche d'une action commune en vue d'obtenir cette légitime satisfaction qui consiste à recevoir la juste rémunération de notre travail. Tous les médecins du Finistère le souhaitent ardemment.

Dr MARCHAIS.

Notre confrère à raison, mais de ce que les démarches de nombreux syndicats sont restées ignorées, il ne s'en suit pas qu'ils soient restés inactifs.

Nous nous efforcerons au fur et à mesure que nous serons renseignés de faire connaître l'effort syndical accompli.

J. N.

LIBRES PROPOS

La Révolution russe et l'effort des Alliés.

A Monsieur le Docteur L. SAUVÉ, ancien chirurgien en chef de l'Hôpital français de Kiev (Russie).

par le Dr E. FRANÇOIS.

Mon cher Confrère,

Je reçois seulement ce matin, 19 mai, le numéro de la *Presse Médicale* du 13 qui publie votre remarquable et trop courte communication sur « l' Hôpital chirurgical de Kiev » ; si bien que ma lettre vous apparaîtra comme un écho tardif des impressions que vous avez eu cent fois raison de livrer à la publicité. Echo tardif et lointain, mais peut-être renforcé, par suite de cette circonstance que celui qui vous écrit ici connaît un peu la Russie et se trouve mieux préparé que beaucoup à vous comprendre.

Il y a une quinzaine d'années, un drame de famille inopiné, un de ces orages dont on aperçoit clairement les causes véritables après coup, mais qui s'amassent d'abord silencieusement pour éclater ensuite avec violence et fracas, interrompait, dans des conditions pénibles, ma carrière de praticien.

Désemparé, sans consolations ni appui, je songeai à voyager pour chasser les idées sombres et j'acceptai sur les instances de quelqu'un des miens de faire un séjour à Moscou : vu l'importance de la colonie française qui y prospérait alors, on me laissait entrevoir que je pourrais peut-être y reconstituer ma vie. Un autre mieux doué, plus agissant, plus persévérant, d'une sensibilité moins ombrageuse, moins obsédé surtout par les misères personnelles auxquelles il aurait tenté de se dérober, eût sans doute réussi. Certaines difficultés provenant de mon entourage aidant, et malgré les témoignages de sympathie reçus de quelques confrères de la ville, notamment de deux des maîtres de la Faculté, j'eus vite la sensation d'un mur que je ne saurais ni briser ni franchir, et, au bout de cinq mois, je battais en retraite. Ce ne fut pas sans emporter, moi aussi, des impressions que je n'ai jamais eu l'occasion de mettre en valeur, mais que les événements n'ont que trop justifiées : à savoir que la Russie était dangereusement loin de la France, autant au point de vue des idées et des mœurs qu'au point de vue de la distance ; que l'âme russe, soumise à un régime politique étouffant, était encore trop confuse et instinctive pour s'accorder pleinement avec notre génie, demeuré si clair et si ferme au milieu des déclamations et des entreprises démagogiques ; que, à l'exception des individualités se présentant au milieu d'une élite, les Français, d'une manière générale n'étaient aucunement populaires dans l'empire des Tsars (1) ; que beaucoup de Russes, enfin, même parmi les meilleurs étaient, tantôt sous les dehors de la simplicité et de la bonhomie, tantôt sous l'apparence d'une supériorité condescendante, comme de grands enfants présomptueux et terribles, plus pressés de jouir et de paraître que de se perfectionner et d'agir. Tels je les ai plutôt devinés que connus, avant Moukden au moment et Tsousima, tels vous les avez vus, où s'élaboraient les hontes de Brest-Litowsk et où se consommaient les trahisons ukrainiennes.

Le tableau si vigoureux et si vivant que vous tracez à larges traits de la vie qui fut faite à Kief à « la mission médicale française », après les péripéties d'un voyage plutôt mouvementé, est aussi douloureux qu'instructif. En somme, avouez-le, vous êtes tombés au milieu de l'effervescence révolutionnaire de la grande ville, vous et vos collègues, comme un troupeau de moutons au milieu d'un jeu de foot-ball. Heureusement que, dans les circonstances difficiles, il pousse aux braves moutons de France des griffes et des crinières de lions. Tout en rentrant provisoirement les premières, vous avez su faire valoir les secondes, et c'est royalement, magnifiquement, le front haut, en marchant dans la boue et dans le sang, que vous avez dépensé en faveur de populations à coup sûr indignes, les

(1) Je me suis rappelé souvent avec inquiétude et avec tristesse une pantomime en cinq tableaux à laquelle j'avais assisté dans un théâtre de Moscou, sorte de parodie de la fameuse *Épopée* de Caran d'Ache, et qui était une véritable caricature des faits et gestes de la Grande Armée, en 1812, ceci en plein développement de l'alliance franco-russe.

trésors de votre science, de votre habileté consommée, de votre esprit et de votre cœur.

Je n'imagine rien, cela éclate comme la lumière au cours d'un récit très simple, où pas une phrase ne vise à l'effet. Ah ! vous avez dignement, vous et vos collaborateurs, représenté la France, la meilleure et la plus belle des patries, ainsi que vous le dites si bien ; le noble pays qui n'a pas hésité un instant en juillet 1914 à engager toutes ses ressources, son avenir, sa vie, et à entrer dans la plus formidable des guerres, parce qu'il avait donné sa foi et que l'honneur de la nation alliée était en cause ; le doux pays qui ne sait ni mépriser, ni haïr, et qui envoyait à Kiev, en plein danger révolutionnaire, quelques-uns de ses fils, choisis avec amour, pour tendre à l'amie malheureuse et défaillante une main compatissante, ferme dans sa fidélité.

L'accueil ne semble pas avoir été cordial, et le geste n'a pas été compris comme il le méritait. C'est tant pis pour nos anciens alliés. S'ils n'avaient pas ce vent de folie anarchique, venu d'Allemagne, qui souffle chez eux parmi les masses populaires, ils seraient déjà devenus haïssables. Mais vous nous signalez trois hommes, trois médecins, les Drs Diétrichs, Kreps et Florine, qui ont eu le sentiment de l'honneur et qui ont courageusement aidé ou défendu la mission chirurgicale française. Le fait devait être relevé, et ces noms méritent d'être retenus. Je ne suis pas surpris, d'ailleurs, que vous ayez rencontré de tels appuis dans des circonstances aussi difficiles.

J'ai conservé le souvenir de deux ou trois confrères de Moscou qui, par l'intelligence, par le caractère et par le cœur, sans compter leurs mérites professionnels, pouvaient soutenir la comparaison avec les meilleurs d'entre les nôtres. Il y a des classes cultivées, des élites, en Russie comme ailleurs ; seulement, elles sont le petit nombre. Elles n'avaient pas encore pris une part importante aux affaires quand la grande guerre a éclaté, et la révolution les a trouvées perdues entre les trahisons d'en haut d'une part, les trahisons et les appétits déchaînés d'en bas d'autre part. Elles aussi, au surplus, ont été habilement et depuis longtemps circonvenues par nos ennemis, qui ont réussi à leur faire admettre la prépondérance de la culture allemande sur la culture française. Vous avez raison, lorsque vous écrivez « qu'il existe certainement derrière le Charenton d'une révolution sans dignité, une âme russe qui souffre profondément, et qui se relèvera et qui se libèrera de la servitude germanique ». Cette âme russe, qui n'a pas su encore se dégager de sa gangue, grâce en partie, je crois, aux artifices d'astucieux voisins, cette âme qui émerge à travers quelques individualités puissantes, est profonde et grande et généreuse. Aimons-la, plaignons-la, éclairons-la et soutenons-la s'il se peut ; mais, après une trahison sans exemple, qu'un de nos hommes politiques les plus éloquents a appelée avec indulgence « la plus grande défaillance de l'histoire », tâchons de ne plus être dupes, et attendons prudemment les effets de sa rénovation.

Attendons, tout en agissant, et non en spectateurs passifs. Attendons en surveillant le Boche. Ne perdons point notre temps, notre argent et nos forces, à vouloir éteindre le fléau, cette sorte de peste ou de choléra politique qu'il a déchaîné. Regardons plutôt autour du foyer. Cherchons attentivement les points où il serait utile et possible d'établir en manière de quarantaines, quelques solides barrages ; et que le respect de vagues nationalités ne nous fasse pas craindre d'avoir, nous aussi, notre carte de guerre. Soyons, en même temps que des hygiénistes, des économistes, des géographes et des stratèges.

On signalait récemment la présence d'une colonne allemande sur les bords de la mer Caspienne. Laisserons-nous toujours à nos ennemis les grandes conceptions de conquête et les initiatives hardies ? Nous ne pouvons pas leur permettre d'aller coloniser à travers l'Ukraine, par-delà le Don, le Volga, l'Ourál et par-delà le Caucase, le Turkestan, l'Afganistan et la Perse. Nous devons envisager avec fermeté et décision l'occupation des points stratégiques de la Sibérie, qui peut devenir un gage précieux entre les mains des Alliés ; et, considérant la position très suggestive du Détroit de Behring, si la confiscation d'Arkangel, au fond de la Mer Blanche, devenait une nécessité, il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer même d'une manière préventive. Agissons, sans nous croire obligés de casser systématiquement les ailes à notre imagination. Oui, agissons sur tous les points, avec toutes nos forces disponibles, en nous servant coûte que coûte de tous nos moyens et de tous nos alliés. Nous ne serons jamais trop. Qui sait ce que demain nous réserve ? Et qui ne voit que l'entrée du Japon dans la guerre, il y a deux ans, soit en Asie-Mineure, soit en Macédoine, aurait pu éviter de grandes catastrophes ? Elle était certainement difficile : elle n'était point impraticable ; et quel qu'en eût été le prix — le haut esprit politique des diplomates japonais ne permet pas de penser qu'ils aient eu des exigences déraisonnables — nous n'aurions jamais payé trop cher le résultat.

Donc, laissons la Russie à ses enfantements laborieux, dans la stricte limite de nos intérêts vitaux, puisque nous ne pouvons ni les maîtriser, ni les diriger. C'est dans la douleur, la méditation et le travail qu'elle retrouvera sa conscience nationale et redeviendra digne de prendre sa place dans la Ligue des Nations, chère au grand homme d'État et au grand philosophe qu'est le Président Wilson.

Le travail, l'effort bienfaisant que rien ne décourage, c'est par lui que les peuples se sauvent comme les individus. C'est à lui peut-être que les membres de la mission chirurgicale envoyée par la France à Kiev ont dû de ne pas être assassinés. Aussi vous pouvez dire avec fierté, mon cher confrère : « Nous avons travaillé de toutes nos forces, et il n'est pas possible que ce soit perdu ».

Quelle noblesse et quelle grandeur il y a dans cette simple remarque ! Ah ! oui, vous avez dû beaucoup travailler. Et nous, les vieux médecins restés à l'arrière, qui suivons les jeunes comme vous avec des regards d'admiration et d'envie, nous vous aimons bien et nous vous crions : « Merci, au nom de notre France que vous avez bien servie ! »

Dr FRANÇOIS.

Chambly (Oise), 20 mai 1918.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

Du corps médical français.

Les Membres de la Caisse des Pensions de Retraite du corps médical français sont convoqués en Assemblée générale ordinaire, au Siège Social, 132, rue du Faubourg St-Denis, Paris, le jeudi 1er août, à deux heures précises.

ORDRE DU JOUR :

Renouvellement des pouvoirs des Membres du Comité Directeur.

Renouvellement des pouvoirs des Membres du Comité des Censeurs.

L'approbation des comptes est réservée pour une Assemblée générale ultérieure, mais les Membres du Comité Directeur donneront aux Sociétaires présents toutes les explications qu'ils pourraient désirer.

Le Président,

Dr A. MAURAT.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1917.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical Français pour l'exercice 1917.

1° Compte de l'exercice 1917.

Recettes :

Les recettes se sont élevées à la somme de 210.841 fr. 53.

Cotisations	20.305 50
Intérêts	33.157 52
Remboursement de valeurs	157.378 51
TOTAL	210.841 53

Dépenses :

Les dépenses se sont élevées à la somme de 219.590 francs.

Pensions	57.638 »
Frais de gestion	719 15
Achats de valeurs	160.200 »
Escompte de Bons de la Défense nationale	1.032 85
TOTAL	219.590 »

Balance :

Si au total des recettes	210.841 53
On ajoute l'avoir en caisse et en banque au 31 décembre 1916	38.110 55
On obtient un total de	248.952 08
Et si l'on retranche le total des dépenses de 1917	219.590 »
IL RESTE	29.362 08
Représentés par :	
Espèces en caisse	49 78
Avoir à la Société Française de Reports et Dépôts	24.656 80
Avoir au Crédit Lyonnais	4.655 50
TOTAL ÉGAL	29.362 08

2° Compte général.

Avoir au 31 décembre 1916.		
Portefeuille	1.009.777 87	
Espèces en Caisse et en Banque	38.110 55	1.047.888 42
Recettes de l'année 1917 :		
Cotisations	20.305 50	
Intérêts	33.157 52	
Boni sur remboursement de valeurs (1)	1.748 48	55.211 50
TOTAL		1.103.099 92
Dépenses de l'année 1917 :		
Pensions	57.638 »	
Frais de gestion	719 15	
Escompte de Bons de la Défense nationale	1.032 85	59.390 »
Reste au 31 décembre 1917		1.043.709 92
Représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1916	1.009.777 87	
Bons de la Défense Natle.	160.200 »	1.169.977 87
Moins valeurs remboursées		155.630 03
		1.014.347 84
2° Espèces : en Banque	29.312 30	
— en Caisse	49 78	29.362 08
TOTAL ÉGAL		1.043.709 92

(1) Le remboursement de valeurs a été de . . . 157.378 51
Le prix d'achat avait été de . . . 155.630 03
Le boni constitué par la différence est de . 1.748 48

3° Portefeuille.

2985 fr. de Rente Franç. 3 % amortiss.	92.130 13
50 Obl. des Ch. de fer de l'Est 3 % nouv.	22.750 »
286 Obl. des Ch. de fer P.-L.-M. Fusion 3 % ancienne	132.872 72
254 Obl. des Ch. de fer Midi 3 % anc.	114.588 26
73 — — — 3 % nouv.	33.591 76
119 — — Orléans 3 % anc.	50.966 11
50 — — — 3 % nouv.	22.462 60
14 — — Nord 3 % anc.	5.866 70
202 — — Ouest 3 % anc.	88.405 90
121 Obl. Foncières 1883, 3 %	48.884 50
496 — Banque Hypothécaire 1880, 3 %.	292.262 68
666 — Banque Hypothécaire 1881, 3 %.	30.366 48
Bons de la Défense nationale	79.200 »
Total	1.014.347 84

Le Trésorier.
Ch. Dupont.

NÉCROLOGIE

Confrère victime des gaz toxiques.

Le Dr Henri Pertat de Paris, médecin aide-major de 1re classe, engagé volontaire, décoré des croix de Guerre, française et belge, mari de Mme Pertat, interne des Hôpitaux de Paris, vient de mourir victime d'une maladie résultant de l'intoxication par les gaz, pendant son séjour au front.

Notre regretté confrère, que l'on peut considérer comme tombé au Champ d'honneur, était le frère du Dr G. Pertat, de Joinville (Haute-Marne), médecin major de 2e classe.

Toutes les condoléances du *Concours Médical* à Mme Pertat et au Dr G. Pertat. Notons que les deux docteurs Pertat étaient lecteurs fidèles du *Concours Médical.*

***

Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Grasset, de Montpellier. Eminent neurologiste et écrivain universellement connu, le professeur Grasset a pris une part importante au mouvement syndical dans sa région. Certes nous ne pouvons pas affirmer qu'il nous ait toujours parfaitement compris et, en plus d'une circonstance, cédant à l'influence du milieu, ses idées ont assez fortement heurté les nôtres.

N'empêche que le professeur Grasset est un des rares maîtres qui se soit intéressé au mouvement professionnel des médecins praticiens, avec lesquels il a tenu à se solidariser dans le syndicat de Montpellier dont il fut le président.

***

Fils de médecin mort au Champ d'honneur

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. Jean Jablonski, ancien élève de l'Ecole des Chartes et professeur de littérature française à l'Université de Lisbonne, sous-lieutenant au 125e Régiment d'Infanterie, décoré de la croix de Guerre, tombé au Champ d'honneur le 11 juin 1918, à l'âge de 32 ans.

M. Jean Jablonski dont nous saluons respectueusement l'héroïque mémoire, était le fils de notre excellent et distingué confrère, le Dr Jablonski, de Poitiers. Le *Concours Médical* adresse, à ce dernier ainsi qu'à Mme Jablonski, l'expression de ses très vives sympathies.

J. N.

NOUVELLES

Monument Magnan. — Un groupe d'anciens élèves, d'amis et de confrères de M. le Dr V. Magnan, médecin en chef honoraire du Service de l'admission à l'Asile clinique (Sainte-Anne), ancien Président de l'Académie de médecine, a eu la pensée d'élever à ce savant Maître, un monument rappelant sa longue vie de dévouement aux malades, son enseignement, ses travaux et l'influence qu'il exerça sur la Psychiâtrie française et étrangère.

En raison des circonstances actuelles, les deux Comités exécutifs de propagande, qui ont été constitués, ne se proposent d'exercer leur action qu'après la victoire.

Les inscriptions sont, néanmoins, reçues, dès maintenant, par le Dr Marcel Briand, médecin-chef à l'Asile clinique (Sainte-Anne), président du Comité, 67, boulevard des Invalides, Paris, et par M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain, trésorier.

ENTR'AIDE CONFRATERNELLE

N'oubliez pas la Maison du Médecin.

Nous avons reçu l'appel suivant :

La *Maison du Médecin* fait à votre généreux esprit de solidarité l'appel le plus pressant. La quatrième année de guerre s'écoule sans qu'il nous soit possible d'envisager d'autres recettes que celles provenant des souscriptions et des dons.

Il est absolument indispensable, *pour que la Maison vive et traverse sans périr la crise actuelle,* que tous ses souscripteurs acquittent leurs cotisations présentes et en retard et, s'ils le peuvent, qu'ils ajoutent à cette souscription un don dont l'importance ne doit être mesurée que par leurs propres ressources.

Les pensionnaires de la Maison du Médecin ne doivent pas être délaissés sous prétexte que d'autres œuvres nées de l'état de guerre sollicitent impérieusement la générosité de nos confrères.

Au surplus, la Maison du Médecin ne deviendra-t-elle pas aussi une œuvre de guerre lorsqu'elle ouvrira ses portes aux confrères usés par quatre ans de front, et incapables de reprendre leur clientèle, aux vieux confrères des régions envahies, aux veuves des médecins morts à la guerre — chacun d'eux disposant de ressources insuffisantes pour vivre autrement que dans une maison de retraite ?

L'importance de ces considérations ne vous échappera pas. Le pressant appel que nous vous adressons ne restera pas sans réponse. Nous savons pouvoir compter sur votre générosité, et aussi sur la propagande que nous vous demandons de faire dans tous les milieux en faveur de la *Maison du Médecin.*

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie Thiron et Franjou
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arrt)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Petite Correspondance

Dr X. à *Concours*. — Je désire savoir si la taxe de luxe m'est applicable dans le cas suivant :

J'achète, d'occasion, une modeste voiturette du prix de 4.500 fr. ; dois-je payer la taxe de luxe qui est, je crois, de 10 %. et dans quel délai, si je la dois payer?

J'achète un instrument de travail et une machine d'occasion, ne l'oublions pas.

Réponse. — Vous devez la taxe de luxe de 10 % pour l'achat d'une automobile, même d'occasion et quel qu'en soit le prix.

En effet, d'une part, aux termes de l'article 27 de la loi du 31 décembre 1917, la taxe est instituée sur le paiement des « marchandises, fournitures ou objets quelconques, offerts au détail ou à la consommation, sous quelque forme que ce soit, par un commerçant ou un non commerçant ».

D'autre part, la loi du 22 mars 1918 a classé les automobiles servant au transport des personnes dans le tableau A (objets soumis à la taxe en raison de leur nature, quel que soit leur prix.)

La taxe est acquittée au moment du paiement, au moyen de l'opposition de timbres mobiles spéciaux.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 15 — 1er AOUT 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (France)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

ABONNEMENTS

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement soit 12 fr autant que possible ...ndre à l'envoi une ...nde du journal. (*On s'abonne sans frais d...s tous les bureaux d... ...re*).

A...

Ecole de M... ...ne et de pharmaci... Clermont-Ferrand.

Les anciens élèves de l'Ecole de Clermont-Ferrant, médecins ou pharmaciens, qui ont été l'objet d'une décoration, d'une citation ou d'une distinction honorifique depuis le début de la guerre, sont priés d'en prévenir le Directeur de l'Ecole (envoyer le texte de la citation l'âge et la situation militaire de celui qui en a été l'objet).

Le Directeur le prie en outre de lui faire connaître les noms de leurs camarades morts au champ d'honneur, et aussi le nom de ceux qui ont succombé à la suite de leurs blessures.

AVIS

Le Dr St-René Bonnet, médecin consultant aux eaux de Châtel-Guyon et définitivement rentré à Châtel-Guyon a l'honneur d'informer ses confrères qu'il y a repris ses consultations thermales suspendues depuis 1914.

Suite page VI.



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

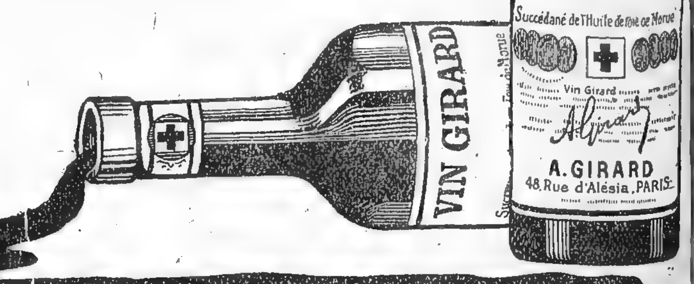
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

Quarantième année — N° 15 — 1er Août 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
La lutte contre la tuberculose. Ce qu'elle doit être pour être efficace 667

Partie Scientifique.

Physiothérapie.
Causerie à l'occasion de la visite des médecins urugayens au Service de Physiothérapie du Val-de-Grâce 670

Nouvelles.
Pour les médecins réfugiés 679

Revue des Sociétés Savantes.
Sur la panification directe. — Le Kala-azar infantile en France. — Corps étrangers intra-oculaires par blessures de guerre. — Nature du virus rabique. — Les hémorrhagies méningées dans la pathologie de guerre. — L'entraînement respiratoire chez les blessés du thorax. — Blessures des reins et des uretères par projectiles de guerre. — Anévrysme et insuffisaoce aortiques traumatiques chez un syphilitique. — La réaction de Bordet-Wassermann du céphalo-rachidien des paralytiques généraux 679

Notes pratiques d'un médecin du front.
Dans l'armée japonaise. — Cardiopathie et Service militaire 683

Notes de pratique quotidienne.
Irrigation naso-pharyngée 685

Correspondance.
Deux sons de cloches au sujet des galons. — Quelques réflexions sur les affectations des médecins aux armées. — L'inaptitude définitive et la mise hors cadres des médecins mobilisés. — L'avancement des étudiants en médecine. — L'affectation à l'intérieur des médecins R. A. T. 685

Le Livre d'or du corps médical français.
Citations 692

Partie Médico-Militaire.

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : La démilitarisation du Service de santé et le *Concours Médical*. — Toujours la question des affectations selon l'âge. — Age et affectations 693

Documents officiels.
Affectation des officiers du S. S. — Le rôle des infirmières militaires : un danger. — A l'*Officiel* : Questions et réponses militaires. 701

Partie Professionnelle.

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux (*Suite*) 702

Mutualité familiale du Corps médical français.
Réunion du Conseil d'Administration. 707

Libres propos.
La réorganisation de l'enseignement supérieur — Réunion du groupe médical parlementaire. . . . 709

PROPOS DU JOUR

La lutte contre la tuberculose. Ce qu'elle doit être pour être efficace (1).

Le Conseil général de la Seine a voté un million pour fonder des dispensaires antituberculeux. Dans certains départements, l'Administration cherche à organiser elle-même la prophylaxie contre la tuberculose ; dans quelques-autres, elle charge des Sociétés de la Croix-Rouge de ce soin. Il serait injuste de préjuger ce qui va être fait. Mais nous craignons que la plupart des organisateurs et que beaucoup de nos confrères, même syndicalistes, ne se rendent pas un compte exact de ce que doit être la lutte antituberculeuse, et confondent celle-ci, œuvre de prophylaxie et d'hygiène sociales au premier chef, avec l'Assistance aux tuberculeux, tentative, évidemment intéressante, mais se bornant à secourir des individus, sans espoir d'enrayer le fléau.

On parle beaucoup actuellement du dispensaire antituberculeux, comme d'une institution magique qui semble, pour certains, synthétiser toute la lutte antituberculeuse. Pour nous, le dispensaire est un des rouages les plus importants de l'action que nous voudrions voir entreprendre, mais si ce rouage est isolé, il ne pourra donner aucun résultat pratique.

Nous allons tenter de faire un tableau rapide de ce que doit être, selon nous, l'organisation complète et efficace de la lutte contre la phtisie et du rôle important que doit y jouer *tout* le Corps médical.

Il importe d'abord de faire remarquer que nous désirons que cette organisation ait recours à la bonne volonté et au dévouement de tous, qu'elle ne soit jamais le monopole d'une personnalité, si intéressante et si compétente qu'elle puisse se croire. Il importe

(1) Nous avons entrepris, depuis le 1er juillet 1918, la publication d'un important rapport destiné à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, intitulé : *L'organisation de la lutte antituberculeuse en France et les Syndicats médicaux*, dû à un de nos plus ardents syndicalistes. Nous engageons nos lecteurs à relire ce rapport qui leur permettra de se faire une opinion en toute connaissance de cause.

J. N.

que les syndicats médicaux se préoccupent activement de cette question. Nous savons que dans certains milieux, même médicaux, on considère notre syndicalisme, volontairement ignoré jusqu'ici, comme une institution rétrograde dont le but est uniquement de faire augmenter le taux des honoraires. On nous a laissé entendre que certains médecins à tendances administratives affectaient de craindre que les syndicats médicaux ne fûssent disposés à empêcher toute action utile et pratique, en prophylaxie sociale, dans un but de bas égoïsme professionnel. Pour peu, on nous accuserait, comme on le fit pour les médecins juifs du Moyen-Age, d'empoisonner les sources afin d'avoir des malades à soigner. Est-il besoin de relever ici cette basse calomnie?

Quiconque a lu depuis plusieurs années le *Concours Médical*, quiconque a suivi depuis vingt ans l'essor du syndicalisme médical, a pu se rendre compte que le grand souci de nos milieux syndicaux a toujours été d'aiguiller l'action de leurs groupements vers la solution des grands problèmes d'hygiène et de prophylaxie, c'est-à-dire vers la médecine sociale. Le médecin praticien n'est pas destiné à rester un guérisseur plus ou moins heureux, il doit de plus en plus devenir un conseiller sanitaire indispensable dans la société nouvelle, comme le pharmacien ne doit plus être une sorte d'épicier spécialiste, mais un chimiste-bactériologiste indispensable à l'hygiéniste et au médecin praticien.

*
* *

Cela dit, abordons l'énumération des divers organes de la lutte antituberculeuse telle que nous la concevons après bien d'autres, pour qu'elle soit efficace.

La clef de voûte de l'organisation antituberculeuse doit être le *dispensaire antituberculeux*. Mais le dispensaire, véritable cerveau qui doit tout diriger, ne peut rien ou presque rien par lui seul.

Il convient que le plus tôt possible, on dirige vers lui le tuberculeux, le prétuberculeux, même le simple prédisposé à la tuberculose.

Or, qui peut diriger à temps le malade vers le dispensaire, qui peut dépister à temps la tuberculose, si ce n'est le *médecin praticien*? Lorsque ce dernier aura des doutes, il indiquera à son malade l'intérêt qu'il aurait à se rendre au dispensaire, il l'y accompagnera même. Là, des *laboratoires* de *bactériologie*, de *chimie*, de *radiologie*, etc., permettront de faire toutes les recherches nécessaires pour préciser le diagnostic.

En même temps, une *enquête* sera ouverte sur les conditions d'existence du malade et de sa famille, enquête à laquelle collaborera utilement, en la dirigeant au besoin, le médecin praticien.

L'*habitation* sera la première préoccupation des enquêteurs. Si le logis est un taudis, on le désignera au *Service d'assainissement* qui, muni de pouvoirs suffisants, établis par des lois *nouvelles*, poursuivra le propriétaire, entrepreneur de logements, pour attentat à la sécurité publique en créant, par ses locations malsaines, une véritable industrie dangereuse et insalubre. On fera procéder aux *réparations* et aux *désinfections nécessaires*.

On s'efforcera de trouver au malade ou à sa famille une habitation saine, et il faudra que le dispensaire soit en relations, non seulement avec des services de désinfection et d'assainissement, mais avec des œuvres de logements ouvriers et de maisons salubres.

L'enquête conduira à s'occuper du *travail du malade*, à se rendre compte de *l'hygiène de l'atelier, du magasin*, ou *du bureau* qu'il fréquente. On devra même, avec discrétion, s'occuper de la vie intime de la famille, faire intervenir, si cela est nécessaire, les œuvres *antialcooliques*.

L'enquête faite, le dispensaire devra songer à l'*assistance du tuberculeux et de sa famille*. Cette assistance devra être efficace et dépendra de chaque cas particulier. Là encore, les conseils du médecin praticien, qui connaît souvent la famille et ses ressources, pourra être d'une grande utilité.

Selon les cas, le dispensaire signalera le malade et sa famille à l'Assistance publique, à la bienfaisance privée, aux œuvres d'Assistance par le travail. Il interviendra, pour les enfants, auprès des œuvres scolaires, post-scolaires, publiques ou privées. Il s'assurera par la suite de l'efficacité réelle de l'Assistance qu'il devra compléter au besoin.

Le malade peut-il être traité à domicile? Le médecin praticien lui continuera ses soins, toujours prêt à demander l'appui du dispensaire, s'il juge que le séjour à la campagne ou dans un sanatorium est nécessaire.

Il faudra donc qu'au dispensaire soit annexé un *sanatorium*, et qu'il puisse y disposer d'un nombre suffisant de lits. Il conviendra que des *maisons de villégiatures*, analogues à celles de *l'Œuvre des villégiatures du travail féminin*, qui, sous la direction de Mme Siegfried, assistée de Mlle Korn, donnent de si heureux résultats, soient à la disposition ou en relations étroites avec le dispensaire.

Le malade est-il trop atteint ? Se trouve-t-il dans un état où, d'après l'avis du médecin praticien, il devient un danger pour sa famille? Il conviendra de songer à l'hospitaliser. Il faudra donc encore que le dispensaire soit en rapport avec un *centre spécial d'hospitalisation*.

Cet hôpital ne devra en rien avoir l'aspect d'un lazaret ou d'une léproserie, encore moins de ces services spéciaux de tuberculeux que nous avons vu fonctionner à Paris et où le phtisique, en entrant, doit, comme à la porte de l'Enfer de Dante, laisser toute espérance. D'ailleurs, tous ceux qui seront hospitalisés là, ne seront pas des moribonds ou des condamnés. Beaucoup en sortiront guéris. Mais il conviendra que les malades se trouvent bien dans le centre d'hospitalisation, que le médecin les examine régulièrement, qu'on leur donne un traitement approprié à leur état, qu'ils y jouissent d'une alimentation suffisante et agréable. En somme, il faudra qu'ils soient traités tout autrement que dans maints services hospitaliers où, pendant des semaines, médecins, élèves, infirmières, défilent devant leur lit sans s'inquiéter de leur état, même de leur existence, et où, consommant toujours la même potion, quand par inadvertance ce n'est pas celle du voisin, ils ont à leurs repas, s'ils sont atteints d'entérite avec diarrhée, une assiette de pommes de terre en salade.

Le tuberculeux hospitalisé dont on s'occupera, qui sera bien nourri, à qui on donnera d'utiles conseils et que l'on cherchera à distraire, ne demandera pas à sortir de l'hôpital, s'il sait que sa famille n'est pas abandonnée et qu'on veille au bien-être de ses enfants. Souvent, il guérira.

Lorsque le malade sera sorti guéri, ou avec les apparences de la guérison, du sanatorium ou de l'hôpital, il faudra éviter de le replonger dans le milieu malsain où il est devenu tuberculeux.

Avant de lui permettre de reprendre son métier, il conviendra de lui faire faire, si possible, un stage dans une *colonie agricole* et même, de lui offrir des facilités pour vivre à la campagne avec sa famille, si ce genre de vie lui agrée. S'il revient à son foyer, il importera de le convaincre de la nécessité de prendre des précautions nombreuses à l'égard des siens et de se faire ausculter de temps à autre par son médecin qui fera faire souvent, s'il le juge nécessaire, des examens bactériologiques, chimiques ou radiologiques.

En même temps, le dispensaire aura le souci très important de se préoccuper de la prophylaxie de l'enfance; de pourvoir de clients les *hôpitaux marins*, les *colonies scolaires*, et de se tenir en relations constantes avec les institutions publiques ou les œuvres privées qui s'efforceront d'assurer, d'étendre et de perfectionner la « préservation de la graine » selon l'expression très juste empruntée par Grancher à Pasteur.

Ainsi donc, nous voyons le *dispensaire antituberculeux*, tirant en grande partie son utilité de l'apport de malades que dirige à temps vers lui le médecin praticien, en relation :

1° Avec les services d'assainissement et d'inspection d'hygiène pour *la lutte contre le taudis et les ateliers malsains*;

2° Avec l'Assistance publique, la bienfaisance privée, les œuvres antialcooliques pour assurer dans la mesure du possible *l'assistance du tuberculeux et de sa famille, assistance matérielle et morale;*

3° Pour le *traitement*, avec le *médecin praticien* si le malade peut être traité à domicile, avec le *sanatorium*, le *centre d'hospitalisation*, si les circonstances exigent son placement;

4° Pour la *convalescence*, avec les *institutions de villégiatures*, les *colonies agricoles;*

5° *Après la convalescence*, avec le médecin praticien qui, par sa *surveillance*, devra tâcher d'éviter les rechutes;

6° Enfin, pour assurer la *préservation de l'enfance*, avec les hôpitaux spéciaux, les hôpitaux marins, les colonies de vacances, les œuvres scolaires et post-scolaires.

Par cette simple énumération très incomplète, on voit de quelle étendue doit être l'action du dispensaire antituberculeux pour entreprendre une lutte prophylactique efficace; on se rend compte de l'importance de ses relations avec le praticien, de la nécessité qui s'impose de mettre à son service un

personnel dévoué, discret, intelligent, bien au courant de la tâche qu'il doit accomplir ; on se doute des *frais énormes* qui seront nécessaires, non pour assurer les besoins du dispensaire lui-même, mais pour qu'il ait à sa disposition tous les autres rouages qui pourront rendre la lutte contre la tuberculose efficace.

Mais si vous créez le dispensaire isolé, si en le fondant, vous ne le dotez pas de tous ses moyens d'action (lutte contre le taudis et l'insalubrité des milieux commerciaux et industriels, assistance efficace au malade et à sa famille, sanatorium, hôpitaux, maisons de villégiatures, colonies de toutes sortes, etc.), si vous n'établissez pas des relations confiantes, une collaboration intime entre lui et le médecin praticien, vous organiserez un établissement sans utilité et sans vie, une vague et banale consultation sans résultat pratique, et vous referez l'expérience décevante, déjà cent fois faite, des dispensaires antituberculeux qui ont foisonné à Paris, il y a quelques années et qui, trop souvent, ont laissé le souvenir d'œuvres créées dans un tout autre but que la lutte antituberculeuse.

J. NOIR.

L'Hygiène de l'Alimentation à Paris.

Un de nos confrères, le Dr Jean Mallet, ancien membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, a adressé la lettre ci-dessous à M. le Préfet de Police :

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous signaler le fait suivant qui me paraît intéresser l'hygiène publique et avoir quelque importance à l'heure actuelle :

Passant vers dix heures du matin, aujourd'hui même, devant la boucherie municipale, 57, rue Jeanne-d'Arc, j'ai vu, baignant dans le ruisseau, un certain nombre de boîtes employées pour le transport des viandes. La balayeuse était sur les lieux avec son balai et l'eau, venant de la cité Jeanne-d'Arc, où les enfants ont la déplorable habitude de déposer leurs déjections dans le ruisseau, inondait lesdites boites.

Une employée de la boucherie, en blouse, lavait les boîtes avec cette eau.

Après les accidents qui sont survenus l'an dernier au Pré-Saint-Gervais, je crois de mon devoir de médecin d'appeler votre attention sur cette manière d'agir dans une boucherie municipale.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. MALLET.

Paris, le 21 juillet 1918.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHYSIOTHÉRAPIE

Causerie à l'occasion de la visite des médecins urugayens au Service de Physiothérapie du Val-de-Grâce.

par le Dr KOUINDJY
Médecin Chef du Service.

MESSIEURS,

Le Service de Physiothérapie du Val-de-Grâce comprend outre l'application des agents physiques, de la kinésithérapie, de l'hydrothérapie et de la thermothérapie. L'électrothérapie et la radiologie font partie de deux autres services absolument indépendants.

Ceci dit, nous commencerons la visite du Service de physiothérapie par la salle de thermothérapie.

La thermothérapie comprend l'application de la chaleur sèche soit sous forme de bains de lumière, soit sous forme de bains d'air chaud. Les bains de vapeur de différentes espèces donnant une chaleur humide, doivent être classés dans l'hydrothérapie.

Les bains de lumière se composent de trois bains différents : les bains de lumière bleue, les bains de lumière rouge, et les bains de lumière blanche. Ces bains sont composés d'une boîte voûtée en forme de tunnel, sur les parois de laquelle se trouvent fixées des lampes de différentes couleurs. Ces bains ont été fabriqués dans les ateliers généraux du Service de santé et, comme vous le voyez, sont fort bien faits. Chaque tunnel a 30 centimètres de long sur 75 centimètres de large et 60 centimètres de haut. Munies de deux rangées de lampes sur la partie supérieure des parois verticales et de deux rangées sur le plafond, ces boîtes possèdent en outre un dispositif de deux interrupteurs indépendants, ce qui permet d'obtenir l'allumage d'une moitié des lampes ou de toutes les lampes à la fois. Ces

bains, présentant la forme du tunnel doublé d'amiante, permettent également de réaliser le bain de lumière à air libre, incontestable avantage sur les bains de lumière en boîte fermée, car l'action des radiations lumineuses est plus énergique dans un milieu aéré que dans un espace clos.

Le bain de lumière bleue contient les radiations chimiques du spectre visible, ainsi que les radiations actiniques du spectre ultra-violet et permet d'obtenir une action sédative très appréciable, à la condition de limiter son application à 10 ou 15 minutes au plus. Cette action sédative des radiations violettes est utilisée dans le traitement des névralgies, des poussées névritiques, chez les neurasthéniques, dans les cas d'insomnie, de lumbago, de poussées rhumatismales avec névralgie, de cicatrices douloureuses, et dans tous les cas où l'action calmante de ces radiations peut être recherchée.

Le bain de lumière rouge. — Les radiations rouges sont excitantes. L'anecdote suivante, rapportée par Loisel, met en relief l'action caractéristique et absolument opposée des radiations rouges et bleues. Dans les usines Lumière, à Lyon, les ouvrières préparant les plaques photographiques, travaillaient à la lumière rouge, atteignaient un si haut degré de surexcitation qu'un jour, elles se précipitèrent sur les hommes, comme des furies. On eut alors l'idée de remplacer la lumière rouge par la lumière bleue, et les femmes devinrent de nouveau calmes. Cette différence d'action des deux radiations a été mise en application par le psychiâtre italien Ponza, qui rapporte que les maniaques se calment vite en présence de la lumière bleue et s'excitent dans la lumière rouge. Celle-ci anime les mélancoliques, qui deviennent tristes dans la lumière bleue. Les radiations rouges, dépourvues de toutes les radiations actiniques, ont une action positive connue depuis fort longtemps, sur les affections cutanées et surtout sur les phénomènes cutanés des fièvres éruptives, comme la variole, la rougeole, la rubéole, etc. En Orient, on expose le malade atteint de variole, dans des pièces tapissées de rouge. En Europe, ce mode de traitement de la variole fut très en honneur au XIVe siècle. John Gooddeshers traita, en 1361, le fils du roi Edouard Ier de la variole, en l'enveloppant dans un drap rouge et en l'enfermant dans une pièce couverte d'étoffe rouge. « Ce qui est plus curieux, dit cet auteur, c'est que le prince guérit et que la maladie ne laissa aucune trace. »

L'action cicatrisante des radiations rouges est bien mise en relief par le Dr Besnard qui, dans une très intéressante étude publiée par le *Concours Médical*, raconte que la mère de Sainte-Catherine, la bonne Lappa, en enfermant son enfant atteinte de variole dans une pièce obscure, éloigna de la malade la lumière et l'air, ce qui permit à la sainte fille de conserver sa beauté légendaire.

Ici, nous utilisons la lumière rouge chaque fois que nous avons besoin d'agir contre les éruptions cutanées. Mais, ce que nous cherchons, dans l'application du bain de lumière rouge, c'est son action hypérémique portée au plus haut degré. Les expériences que nous avons faites ici, ont démontré que les radiations lumineuses rouges donnent la plus haute température dans le même laps de temps. Le thermomètre indique dans le bain de lumière rouge, au bout de 10 minutes 45°, au bout de 15 minutes 50°, tandis que le même thermomètre dans un bain de lumière blanche, au bout de 10 minutes donne 37°, au bout de 15 minutes 40°. La lumière bleue donne au bout de 10 minutes 28°, et au bout de 15 minutes 35°. Les radiations rouges sont donc utilisées dans les cas d'œdème, d'hydarthrose, d'eczéma, de cicatrices, etc.

Les bains de lumière blanche, comprenant à la fois les radiations rouges et bleues, permettent d'utiliser les rayons lumineux du spectre entier, quand l'emploi du bain solaire est impossible. Ce bain nous permet, par conséquent, d'utiliser l'action calorique des radiations blanches. On sait que, quelles que soient les radiations, leur action hyperémiante se caractérise par la sudation. Celle-ci est très utile dans la thérapeutique de l'obésité, de la goutte, du rhumatisme et de toutes les formes d'arthritisme.

Les bains d'air chaud sont obtenus grâce à la combustion d'alcool dénaturé, placé dans un récipient métallique muni d'une grosse mèche dont la flamme pénètre dans un petit abat-jour terminé à son centre par un tuyau flexible qui conduit l'air chauffé par la flamme jusqu'à l'orifice d'une boîte demi-cintrée et sans double fond. Celui-ci est remplacé par un manchon en toile dont une extrémité se trouve fixée sur les bords de la boîte et dont

l'autre extrémité est ourlée est munie d'un cordon à coulisse, ce qui permet d'agrandir à volonté l'orifice du bain et de l'appliquer à n'importe qu'elle partie du corps à traiter. L'air chaud agit par son action hyperémiante ocale et par son influence sur la circulation. Ces bains nous donnent d'excellents résultats dans les arthrites des différentes articulations, ainsi que dans l'hydarthrose. L'air chaud produit l'effet d'un agent thérapeutique pénétrant dans les interstices articulaires et porte son action sur les surfaces articulaires elles-mêmes.

L'hydrothérapie. — L'application de la chaleur humide se fait ici de deux façons : par bains locaux et par douches. Les premiers comprennent : 1° Des bains locaux pour les bras et les mains sous forme de cuvettes suffisamment allongées pour contenir l'avant-bras et une partie du bras du blessé ; 2° des bains locaux pour les membres inférieurs, où la jambe se place verticalement, et enfin, 3° des bains de pieds ordinaires. Ces deux derniers bains sont munis à leur partie inférieure d'un robinet qui permet de les vider facilement et d'installer un courant d'eau continuel. Celui-ci ajoute à l'action thermique de l'eau une action mécanique sur les masses musculaires. On a comparé injustement cet effet mécanique du courant d'eau ainsi établi au massage ; rien n'est plus erroné que cette comparaison, car le courant d'eau frotte les mêmes tissus et toujours dans le même sens. C'est tout simplement une friction ordinaire d'une durée plus ou moins longue et d'une force à peu près constante.

L'hydrothérapie produit donc une action thermique et une action mécanique. L'eau froide produit une vaso-constriction ; l'eau chaude une vaso-dilatation. Nous cherchons à utiliser surtout la dernière propriété sous forme de bains chauds, locaux, de 30 à 36°, pendant huit à dix minutes, et de douches chaudes de une à trois minutes. Parmi les douches nous utilisons : 1° les douches à arrosoir ou à jet brisé, appliquées localement, 2° les douches à jet brisé générales et 3° les douches à percussion. Celles-ci sont produites par l'index, qui couvre et découvre alternativement l'orifice de l'embout métallique dont est muni la douche. Cette douche nous a rendu de grands services dans le traitement des plicatures et portée à une haute température relative à (50°), elle permet d'obtenir un redressement instantané des malades et sans aucune douleur. A ce titre, elle est supérieure au procédé par décharge électrique et correspond mieux au terme du torpillage.

La douche en jet brisé ou en arrosoir nous permet de stimuler la tonicité musculaire dans l'hypotonie et dans l'atrophie musculaires, à la condition d'être appliquée localement. L'hydrothérapie locale nous aide à dégager les cicatrices adhérentes et à activer la mobilisation.

La mobilisation manuelle. — Quand les blessés sortent soit de la salle de thermothérapie, soit de la salle d'hydrothérapie, ils sont dirigés immédiatement dans les salles de mobilisation manuelle et de massage. Les salles où s'emploient ces deux agents kinésiques, comprennent plusieurs lits pour les membres inférieurs et autant de tabourets pour les membres supérieurs. Chaque masseur ou masseuse exécute d'abord la mobilisation de l'articulation traitée, selon les principes établis dans mon travail sur la mobilisation méthodique, précoce et tardive, publié en 1915 par la *Gazette de Médecine de Paris*. La fiche de chaque blessé porte des indications précises sur l'articulation qu'il faut mobiliser et la manière de le faire. Après chaque mobilisation, qui habituellement ne dure que trois à cinq minutes, le mobilisateur fait agir sur l'articulation traitée un courant d'air chaud produit par une douche à air chaud mise en mouvement par le courant électrique de la ville. Chaque infirmier masseur a sa douche d'air chaud, ce qui lui permet d'utiliser cette douche à chaque mobilisation. L'air chaud, par son action sédative, décongestionne l'articulation mobilisée.

Le massage méthodique. — Il me sera difficile d'entrer ici dans la discussion sur les indications et les contre-indications cliniques des manœuvres massothérapiques suivant leur action physiologique ou leur effet thérapeutique. Tous ceux qui ont eu l'occasion de lire nos articles sur ce sujet, et en particulier dans mon livre sur la kinésithérapie de guerre, comprennent facilement, pourquoi nous insistons dans chaque fiche sur le massage de tels ou tels muscles. La masseuse, se rapportant aux indications données par la fiche de chaque blessé, ne masse que les muscles indiqués. Par exemple, nous voulons faire masser la jambe d'un blessé atteint de paralysie poplitée externe gauche :

l'examen clinique a montré, que ce blessé présente une atrophie du quadriceps gauche, une grosse atrophie des muscles antéro-externes et une contracture des muscles postérieurs de la jambe avec rétraction du tendon d'Achille. En nous basant sur les principes du massage méthodique étudiés depuis 1905, nous inscrivons sur la fiche du dit blessé ce qui suit : masser le quadriceps gauche, les muscles antéro-externes de la jambe ; ne pas toucher aux muscles postérieurs de la jambe, ni à la face postérieure de la cuisse.

De cette façon, je suis certain que le massage ne contribue point à augmenter la tonicité des muscles en hypertonie et n'agit que sur les muscles en hypotonie. Dans d'autres cas, où le massage doit agir sur les deux groupes antagonistes, on inscrit cette phrase : Masser les muscles de la jambe, ou bien les deux faces à la fois. S'il faut que la masseuse s'applique un peu plus longtemps sur une partie du champ massothérapique, on inscrit : insister sur le tendon, sur le genou, etc.

Dans le massage, que nous appliquons ici, nous utilisons souvent la combinaison des manœuvres massothérapiques avec l'air chaud. L'action hyperémiante de ce dernier nous permet de rendre l'action mécanique des manœuvres massothérapiques plus efficace et de beaucoup plus rapide. Cette combinaison, que nous avons décrite dans la Kinésithérapie de guerre, procure des résultats vraiment très encourageants et je ne saurais résister à la recommander toutes les fois que l'occasion s'en présente.

Vous tirerez les meilleurs bienfaits pour vos malades, en faisant suivre vos effleurages par le courant d'air chaud, et vous rendrez ainsi le massage non seulement utile, mais aussi agréable. L'utilisation de la douche à air chaud présente quelques inconvénients. D'abord, elle immobilise une main ; ensuite, étant de construction compliquée, elle se détraque souvent et exige des réparations fréquentes ; mais, ces inconvénients disparaissent vite, lorsqu'on prend soin de ne pas laisser l'appareil continuellement en contact avec le courant électrique et que l'on vérifie souvent son intérieur.

Dans quelques cas, surtout dans les ankyloses partielles, et dans les raideurs prononcées du genou, nous utilisons, après chaque séance de massage, un appareil pour activer la mobilisation de cette articulation. Cet appareil a été construit par notre confrère le Dr Amieux et est destiné à produire la mobilisation précoce passive de l'articulation du genou. Très ingénieusement combiné, l'appareil du Dr Amieux rappelle en certains points l'appareil du Dr Amédée Bonnet, que nous étudierons tout à l'heure dans la salle de mécanothérapie. Il a l'avantage sur ce dernier de pouvoir se placer dans le lit du blessé et de permettre la mobilisation de l'articulation avant même que le blessé soit en mesure de se lever. L'appareil du Dr Amieux m'a donné d'excellents résultats et je le recommande volontiers à tous ceux qui s'intéressent à la mobilisation précoce mécanique de nos blessés.

La mécanothérapie. — Les salles qui suivent comprennent des appareils de mécanothérapie pure, des appareils destinés à la mobilisation par les procédés de fortune et des appareils de rééducation.

Nos appareils de mécanothérapie se composent, comme d'ailleurs dans tous les services de physiothérapie, d'appareils de mobilisation passive et d'appareils de mobilisation active.

La mécanothérapie est un adjuvant très utile en kinésithérapie ; mais un adjuvant qui dans un grand nombre de cas peut ne pas être utilisé. Nous avons de nombreux blessés, qui ont vu leurs lésions complètement guéries sans qu'ils aient à employer un appareil de mécanothérapie. On a trop surfait l'action de la machine : les uns ont voulu faire de la mécanothérapie le pivot de la kinésithérapie ; les autres ont cru que seule la mobilisation par la machine est capable de donner des résultats positifs. Cette erreur est due à ce fait, que la grande majorité de nos confrères, ignorant d'une façon absolue l'action de la mobilisation manuelle, du massage méthodique et de la rééducation, se sont bornés à cristalliser la thérapeutique par les mouvements dans la marche isochrone de la machine. Or, il suffit d'approfondir un peu l'étude des agents kinésiques pour se rendre compte que rien ne vaut la machine simple, qui est la main. La main seule contient en elle tout le mystère de la thérapeutique par le mouvement. Avec la main, vous obtiendrez tous les mouvements voulus, leur graduation, leur amplitude et leur progression successive,

Néanmoins, l'appareil donne la possibilité

d'activer le mouvement obtenu par la main. C'est à ce titre que nous employons les appareils qui sont rassemblés dans ces salles.

On croit habituellement que la mécanothérapie fut inventée par les Suédois et souvent même, elle porte le nom de Zanderothérapie. Or, le véritable inventeur de la mécanothérapie n'est autre qu'Amédée Bonnet, de Lyon, qui a fait construire (1850-1853) les deux appareils que voici : l'un, destiné à produire la mobilisation passive et active du genou, et l'autre, celle du coude. Nous devons à l'obligeance de M. J. Rainal de Paris, la possibilité de posséder ces deux appareils historiques, au Val-de-Grâce, où il nous rendent encore d'inestimables services.

Les autres appareils sont de différentes constructions et ne présentent rien d'exceptionnel. Quelques-uns parmi eux produisent les mouvements passifs grâce aux moteurs électriques, les autres sont destinés à activer les mouvements actifs des articulations. Je tiens, pourtant, à attirer votre attention sur *une nouvelle modification de la mécanothérapie* par l'appareil mural de M. Bégonie. Cet auteur a combiné les différents mouvements de son appareil avec une bâtisse appliquée au mur. La simplicité de cet appareil, la diversité des prises et la mise au point de son centre de mouvement permettent de faire à peu près toute la mécanothérapie sans encombrer la salle, avantage très appréciable dans nos installations physiothérapiques, où la place nous manque. De plus, c'est un appareil fort économique par la modération de son prix.

Les appareils de fortune. — La salle qui comprend tous ces appareils porte le nom de salle de rééducation. Et, en effet, les appareils de fortune sont plutôt des appareils de rééducation physique que des appareils de mécanothérapie. Le but de ces appareils est d'entraîner les mouvements déjà existants et de faire participer la volonté du blessé à exécuter le mouvement indiqué. N'étant pas réglés mathématiquement et ne présentant aucune difficulté à l'exécution du mouvement, ces appareils aident le malade à fournir le maximum de la mobilité de ses articulations sans fatigue ni effort. La volonté seule du malade suffit pour exécuter le mouvement. Si à cela on ajoute le peu de frais que ces appareils coûtent, on conçoit volontiers que l'ensemble de cette installation de fortune est de la plus haute importance pour la rééducation des blessés en temps de guerre.

Il serait difficile de donner ici la description de chaque appareil : tous sont faits en bois et présentent comme principe essentiel de correspondre à chacun des mouvements de nos articulations. Nous avons ici l'appareil à traction à double poulie destiné à mobiliser l'articulation de l'épaule ; la roue pour rééduquer la supination et la pronation de l'avant-bras, pour activer la circumduction de l'épaule, pour obtenir la rotation de la tête humérale et pour activer la mobilisation du coude ; le chariot destiné à activer la flexion et l'extension de trois articulations des membres inférieurs ; le disque pour produire la rotation de l'articulation coxo-fémorale ; le double disque pour rééduquer la circumduction de la hanche ; la bobine pour rééduquer l'ouverture et la fermeture de la main ; l'escabeau pour rééduquer la station debout ; l'échelle horizontale avec planchettes de différentes hauteurs pour rééduquer les membres inférieurs ; le chemin pour apprendre la marche avec jambes rapprochées ; le plan incliné pour rééduquer l'équilibre du tronc ; l'escalier pour apprendre à monter et à descendre, etc.

A ces appareils, nous avons ajouté l'appareil du Dr Hirtz, dont le but est : 1° d'activer la flexion et l'extension des articulations du genou et du pied ; 2° de rééduquer les fléchisseurs des membres supérieurs. Il possède, en outre, un aviron, qui permet d'entraîner ensemble les muscles de notre organisme. Dans les appareils du Dr Hirtz, la résistance est formée par le poids du corps du malade et par la hauteur à laquelle se trouve l'extrémité supérieure de la planche sur laquelle se meut le chariot roulant. Ces derniers appareils sont utilisés chez les blessés qui ont acquis à peu près l'intégrité de leur force physique. Dans quelques cas, nous utilisons son premier appareil dans un but thérapeutique, afin d'activer la mobilisation des articulations des membres inférieurs.

Ainsi, l'ensemble de l'intallation du service de physiothérapie du Val-de-Grâce permet d'obtenir une thérapeutique complète des blessés de guerre. Chaque blessé qui vient pour suivre un traitement physiothérapique au Val-de-Grâce, possède son dossier et sa fiche de traitement.

Le dossier, conservé au bureau, comprend l'historique de sa blessure, l'examen clinique

DEMANDES ET OFFRES

N° 65. — On demande à acheter thermo cautère en bon état, spéculum et aspirateur. Dr Cézilly à Lamballe, Côtes-du-Nord.

N° 66. — Médecin rapatrié cherche dans le Midi ou au bord la mer poste important avec pharmacie.

N° 67. — A vendre n'ayant pas servi, un fauteuil mécanique Mac-Kain, pour malade ou blessé des membres inférieurs. Mlle Nicolas, 21, Avenue Mozard, Paris.

Petite Correspondance

Dr B. à *Sou médical*. — Pourriez-vous me donner les renseignements suivants à propos d'impôt sur le revenu? — Dans la notice donnée à ce sujet et lue d'abord rapidement, j'avais compris que les bénéfices dans les professions libérales étaient constitués par les honoraires touchés. Cela me parut singulier; aussi sur la feuille de déclaration j'ai rayé le mot « bénéfices », je l'ai remplacé visiblement par celui de « recettes » et j'ai inscrit le chiffre de celles-ci.

Plus tard, ma déclaration envoyée, il m'a semblé, à nouvelle lecture, comprendre que c'était le chiffre des bénéfices qu'il aurait fallu mettre. Mais comment établir celui-ci en médecine? Le bénéfice étant la différence entre le prix de revient et le prix de vente d'un objet, si les honoraires peuvent au besoin être assimilés au prix de vente, par quoi sera représenté le prix d'achat? Je ne comprends pas du tout.

Faut-il déclarer un tant pour cent au petit bonheur sur les honoraires? Dois-je écrire au receveur une lettre rectificative? Car je crains, avec raison ou non, d'être taxé sur le chiffre des honoraires pris comme chiffre de bénéfices.

Réponse. — L'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ne porte que sur le bénéfice net de l'année précédente, constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession.

Ainsi que nous l'avons expliqué longuement dans divers articles publiés au *Concours Médical*, dont certains ont été réunis en bro-

Suite page XIX.

au point de vue physiothérapique fait à l'entrée et, s'il le faut, les examens radiographique et électro-diagnostic. C'est également dans son dossier qu'on inscrit les résultats des visites, passées au moins tous les quinze jours, et la décision prise à la fin du traitement.

La fiche comprend un sommaire du diagnostic, le traitement que le blessé doit suivre selon l'ordre établi et inscrit dans le dossier et le nom de l'infirmière masseuse, qui doit le masser. Le blessé, muni de cette fiche, se dirige dans les salles, en suivant l'ordre indiqué ; il commence tantôt par l'hydrothérapie, tantôt par la thermothérapie ; il passe ensuite dans les salles de mobilisation manuelle et de massage, remonte à la mécanothérapie et termine le traitement dans la salle de rééducation. La fiche contient les indications pour le massage méthodique, dont nous avons déjà parlé plus haut, les appareils de mécanothérapie, dont il doit faire usage et les appareils de rééducation qu'il doit utiliser. De cette façon, le blessé parcourt le cycle des agents physiques, en commençant par celui qui doit agir d'abord sur sa circulation (hydro-thermo-thérapie), en continuant par celui qui doit augmenter sa tonicité musculaire et articulaire (mobilisation et massage) et en terminant par ceux des agents qui doivent d'une part, activer la mobilisationde ses articulations (mécanothérapie) et, d'autre part, fixer la coordination des mouvements (rééducation).

Les excellents résultats obtenus jusqu'à présent dans le traitement des blessés de guerre, dans le Service de physiothérapie du Val-de-Grâce, nous permettent d'affirmer que notre installation nous a donné la possibilité de réaliser avec peu de frais, le maximum de *desiderata* dans la thérapeutique physique de nos blessés.

NOUVELLES

Pour les médecins réfugiés.

La Caisse d'Assistance médicale de guerre (5, rue de Surène, Paris) reçoit avec reconnaissance à titre de don, ou achète les instruments en bon état (thermo-cautères, forceps, etc.) et les ouvrages médicaux modernes.

Instruments et livres sont destinés aux médecins des régions envahies pour leur permettre de se réinstaller.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur la panification directe. — Le Kala-azar infantile en France. — Corps étrangers intra-oculaires par blessures de guerre. — Nature du virus rabique. — Les hémorrhagies méningées dans la pathologie de guerre. — L'entraînement respiratoire chez les blessés du thorax. — Blessures des reins et des uretères par projectiles de guerre. — Anévrysme et insuffisance aortiques traumatiques chez un syphilitique. — La réaction de Bordet-Wassermann du céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

M. Doléris présente à *l'Académie de Médecine* un échantillon de pain provenant de la *panification directe du blé*, sans mouture.

La panification directe du blé, c'est-à-dire la fabrication du pain directement avec le blé, sans passer par la meunerie, par la farine, résout un problème économique important. M. le sous-intendant Pointe vient de proposer une méthode de panification directe qui comporte trois opérations : le nettoyage du blé, sa macération dans de l'eau à 50° pendant douze heures, et le tamisage du blé macéré. Ce tamisage est constitué par l'écrasement du blé au moyen d'un cylindre troué qui sépare la pulpe pâteuse du son. La pâte reçoit, pendant le tamisage, du sel et de la levure, et est mise au repos, en panetons, puis enfournée. Le pain ainsi obtenu est blanc et parfait. Il contient, outre les matières alibiles du pain de boulanger, l'huile et les protéines que le minotier est obligé d'enlever pour éviter l'altération de la farine.

Cette méthode de panification est rapide et économique. Elle permet au producteur de blé de faire directement son pain.

— MM. Marcel Labbé, Targhetta et Ameuille lisent à *l'Académie de Médecine* une note sur le *Kala-azar infantile en France*.

La leishmaniose viscérale infantile, encore connue sous le nom de Kala-azar infantile, d'anémie infantile splénomégalique méditerranéenne, n'avait pas encore été constatée en France, en dehors de quelques cas importés.

MM. Labbé, Targhetta et Ameuille viennent d'en observer deux exemples, chez des enfants serbes réfugiés à Nice. Les deux petits malades ont présenté des accès fébriles, d'abord quotidiens, puis espacés, de l'anémie et un amaigrissement marqué, avec gros foie et grosse rate. La ponction du foie chez l'un d'eux, de la rate chez l'autre, a permis de ramener quelques gouttes de sang contenant une quantité assez importante de leishmanies libres ou incluses dans des macrophages.

L'origine de la leishmaniose viscérale infantile

a été attribuée à la contagion par des chiens infectés.

— M. DE LAPERSONNE fait à l'*Académie de Médecine* une lecture sur *les corps étrangers intra-oculaires par blessures de guerre*, et plus particulièrement sur les *petits éclats intra-oculaires.*

Dans les blessures de guerre, les petits éclats intra-oculaires présentent de graves dangers. Leur diagnostic est assez délicat et s'établiera au moyen de la radioscopie, de la radiographie et de l'électro-aimant pour les corps magnétiques. Leur complication la plus commune est l'iridocyclite plastique traumatique. L'ophtalmie sympathique y est plutôt rare. Comme suite tardive, lorsqu'il s'agit de parcelles de fer, on doit signaler la sidérose, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes produits par l'oxydation du fer et par la migration dans les tissus de l'œil de cet oxyde de fer. Il en résulte un pigment qui vient se déposer sur l'iris, la face postérieure de la cornée, la sclérotique, et les colore en vert jaunâtre.

Le diagnostic et l'extraction de ces corps étrangers sera avant tout précoce. On préviendra lesdits corps étrangers par des mesures de protection des yeux, visières, lunettes ou masques

— M. REMLINGER lit à l'*Académie de médecine* un travail intitulé: *contribution à l'étude de la nature du virus rabique.*

La question de la nature du virus rabique est très controversée. Le parasite de la rage est-il un protozoaire, une bactérie, un enzyme ? Il semble, dit M. Remlinger, que le virus rabique, à la fois filtrable, diffusible, et capable de se reproduire, jouissant de propriétés paradoxales, doive être considéré comme un intermédiaire entre les microbes visibles, qui se trouvent à la limite inférieure du règne végétal, et les diastases, ces substances colloïdales qu'il n'est peut-être pas interdit de placer à la limite supérieure des corps inorganiques.

— M. GUILLAIN communique à l'*Académie de Médecine* une étude sur *les hémorrhagies méningées dans la pathologie de guerre.*

La fréquence et l'importance des hémorrhagies méningées dans la pathologie de guerre sont plus grandes qu'on ne le croit habituellement. Dans les plaies pénétrantes du crâne, c'est l'hémorrhagie méningée qui conditionne presque toute la symptomatologie du début (coma, crises épileptiformes, troubles pupillaires, etc.). Dans les contusions simples du crâne, sans fracture, les hémorrhagies méningées jouent souvent aussi un rôle. Ces hémorrhagies interviennent encore dans certaines commotions par déflagration d'explosifs, sans plaie. Elles expliquent, chez certains commotionnés, des troubles attribués à tort quelquefois à l'hystérie et aux psychonévroses.

— M. PESCHER montre, à l'*Académie de Médecine*, les avantages de l'*entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique chez les blessés du thorax.*

Chez les blessés du thorax, après guérison chirurgicale, on peut développer la capacité respiratoire au moyen de la méthode spiroscopique (procédé de la bouteille) de M. Pescher. L'auteur rappelle la technique de sa méthode, qui est la suivante :

Le malade, assis, le corps droit, inspire par le nez doucement, régulièrement et complètement, faisant entrer dans sa poitrine le plus d'air qu'il peut, puis souffle dans l'embouchure du tube spiroscopique jusqu'au degré du flacon déterminé d'avance. Il recommence, en mettant un intervalle de quelques secondes entre chaque exercice, une trentaine de fois la même manœuvre, et cela constitue une séance. Il fait ainsi deux ou trois séances dans les vingt-quatre heures. Dès que l'entraînement de qualité est assuré, on pratique de l'entraînement de quantité, pour amplifier la respiration.

— M. LE FUR fait à la *Réunion des chefs de service d'urologie* (Val-de-Grâce) une communication sur les *blessures des reins et des uretères par projectiles de guerre.*

M. Le Fur a observé 14 cas de blessures des reins ou des uretères par projectiles de guerre. Neuf de ces blessés furent traités par simple débridement, suivi d'extraction des projectiles et des débris vestimentaires, et de nettoyage de la plaie. Cinq fois, il dut pratiquer la néphrectomie pour hématurie inquiétante. Ces 14 cas n'ont comporté aucun décès et la guérison fonctionnelle a été obtenue dans les 2/3 des cas.

M. Le Fur conclut que les blessures de guerre du rein guérissent habituellement en laissant peu de séquelles et sans qu'on ait besoin de recouvrir à la néphrectomie. Cette dernière opération ne doit être pratiquée que contre l'hématurie immédiatement grave, contre les hémorrhagies secondaires accompagnées d'infection prononcée, et exceptionnellement contre une pyurie rebelle.

— MM. RAMOND et POSTINA rapportent à la *Société Médicale des Hôpitaux* un cas d'*anévrysme et d'insuffisance aortiques traumatiques chez un syphilitique.*

Le sujet, âgé de 28 ans, sans troubles antérieurs, fut violemment projeté à terre par une explosion de torpille. Il présenta, consécutivement, des accidents d'ectasie et d'insuffisance aortiques, auxquels il succomba.

L'autopsie montra que la syphilis se trouvait à l'origine de l'anévrysme et de l'insuffisance aortiques. Le traumatisme n'avait fait que la révéler d'une façon brutale. L'action du traumatisme paraît due, en pareille circonstance, à

ABONNEMENTS :

Paiement des Abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande de journal. *(On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste).*

* *

Le Meilleur Calmant de la Toux

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE

SIROP FAMEL

au LACTO-CRÉOSOTE soluble

Phosphate de Chaux, Codéine, Aconit, etc.

DOSES : de 2 à 3 cuillerées par jour.

Envoi gratuit d'échantillons
à MM. les Docteurs qui en feront la demande
86, Rue de la Réunion, 86, Paris.



PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT
PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris
ET PAR LE MINISTÈRE DES COLONIES

Guérit **ANÉMIE**
CHLOROSE
DÉBILITÉ

Ne fatigue pas l'Estomac, ne noircit pas les Dents,
ne constipe jamais

Ce Ferrugineux est entièrement assimilable

VENTE EN GROS : *13, Rue de Poissy, PARIS.* — DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

la vaso-constriction périphérique énorme produite par l'explosion et à l'hypertension des gros vaisseaux qui en résulte.

— MM. SICARD et H. ROGER font à la *Société Médicale des Hôpitaux* une communication sur *le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et la réaction de Bordet-Wassermann.*

Pour M. Sicard, la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien est constamment positive dans la paralysie générale, même après traitement intensif. L'auteur conclut formellement que tout malade suspect cliniquement de paralysie générale et dont le Bordet-Wassermann rachidien se montre négatif, les examens étant répétés à trois reprises et à plusieurs jours d'intervalle, n'est pas atteint de paralysie générale vraie. Ce serait là un moyen de diagnostic différentiel avec les pseudo-paralysies générales. Le Bordet-Wassermann du sang de ces malades n'offre pas la même irréductilité et peut être modifié par les médications intensives.

P. L.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le médecin-major A. SATRE.

Dans l'armée japonaise.

Au moment où va se développer la participation des Nippons dans la guerre mondiale, il est intéressant d'étudier le fonctionnement du Service de santé chez nos alliés.

D'une façon générale, la conduite des chirurgiens japonais a été réglée sur les trois bases suivantes :

1° Intervention minima au moment de l'action;

2° Généralisation de la méthode conservatrice portée aussi loin que possible, tant que la vie des blessés n'est pas compromise par une expectation trop prudente;

3° Emploi de la méthode asepto-antiseptique.

Somme toute, ces instructions ne sont que la consécration des règles universellement admises aujourd'hui dans la pratique de la chirurgie d'armée, telles qu'elles résultent de l'expérience de la guerre actuelle, ainsi que des guerres récentes.

Les Japonais admettent que, sur le champ de bataille, l'intervention opératoire doit se borner à quelques soins urgents (ligature ou compression des plaies, immobilisation des fractures, etc.), et qu'il faut éloigner le plus vite possible le blessé du lieu de combat, où il court le risque d'être atteint de nouveau et où l'état de shock s'aggrave considérablement.

Tout homme blessé devra donc être, le plus rapidement possible, tranporté à l'Ambulance divisionnaire, où le chirurgien s'occupera d'abord des cas les plus sérieux, examinant minutieusement la blessure, cherchant à extraire les fragments d'obus et les morceaux d'étoffe faciles à extirper, et faisant, s'il y a lieu, quelques sutures.

Mais, là même, abdomens et crânes exceptés, bien entendu, le pansement ne doit être que préliminaire, et ne consister que dans les soins les plus urgents, et un appareillage provisoire. On doit éviter les opérations compliquées, et transporter rapidement les blessés vers un hôpital du territoire.

Les ambulances divisionnaires doivent, cependant, être bien organisées et à l'abri des projectiles; on doit pouvoir y pratiquer, avec toutes les garanties désirables, laparatomies et trépanations.

Le personnel régimentaire, chargé des tout premiers soins et du transport des blessés, doit se limiter au minimum d'intervention, car, malgré l'instruction qui lui est donnée avec beaucc du de méthode, il est impossible que, dans la co des sion et l'excitation de la bataille, il mette correctement en pratique les enseignements reçus.

On a modifié l'ancien paquet de pansement, beaucoup trop petit. Le nouveau contient quatre morceaux de gaze au sublimé et un bandage triangulaire, le tout enveloppé dans du papier japonais, et enfermé dans un sac de « shibukami », fort parchemin trempé dans le jus amer du persimonn. La clôture hermétique est réalisée par une colle stérilisée.

Les paquets formant l'approvisionnement des ambulances sont constitués en vue du pansement approprié à chaque partie du corps (membres, tronc, tête), de façon qu'il suffise de les dérouler pour les appliquer immédiatement.

Quelles sont les mesures d'hygiène prises dans l'armée nipponne pour maintenir les hommes en bon état de santé?

On y veille rigoureusement à l'observation de toutes les mesures prophylactiques, notamment en ce qui concerne les maladies vénériennes, en chargeant le personnel sanitaire de faire des conférences, des lectures morales et des exhortations privées, sur le danger de la contagion et les moyens de l'éviter.

Contre les accidents causés par les détonations sur l'organe de l'ouïe, on recommande d'obturer le conduit auditif avec du coton hydrophile ; et, pour préserver les yeux des inflammations causées par les fumées des bouches à feu, on place, dans chaque batterie, des solutions boriquées au 1/100e.

L'alimentation des troupes est l'objet de soins constants.

Jusqu'en 1884, les soldats Japonais recevaient leur ration en argent et se procuraient leur nourriture à leur convenance Il est évident qu'un tel

système est en contradiction absolue avec les enseignements de l'expérience : les hommes recherchent ce qui leur plaît davantage (le riz pour les Nippons), et ne se soucient nullement du maintien, par une ration normale, de l'équilibre physiologique.

Malgré une vive opposition, on est parvenu à faire adopter le système de la ration réglementaire, qui, pendant la guerre russo-japonaise, fut augmentée de 20 %. On distribuait journellement aux hommes du biscuit ou du pain ; du riz, de l'orge mondé, de la conserve de viande ou de la viande fraîche, du poisson salé ou frais, des légumes secs ou frais (en plus grande quantité), du thé, du sucre.

Hebdomadairement, on leur distribue, en outre, aujourd'hui, des pois ou des haricots, du froment, du vinaigre, de l'huile de sésame, de la graisse et de la mélasse.

La toilette et les bains sont considérés comme absolument nécessaires pour l'entretien de la santé. Les installations japonaises sont comparables aux nôtres.

Pour combattre l'action du froid, les troupes ont reçu, ces temps derniers, des vêtements supplémentaires : les officiers, 1 cache-nez de laine, 1 paire de gants en laine épais, 1 veste de dessous en laine, 1 manteau en supplément ; les hommes : 2 paires de gants de laine très épais, de longs bas de laine, des chaussons japonais à semelles épaisses, 1 tricot épais, 2 paires de caleçons de flanelle, 1 paire de bottes, 1 manteau extra, 1 paire de souliers en paille, 5 couvertures de laine par homme.

Grâce à ces précautions, on n'a constaté jusqu'ici aucun cas grave de congélation.

De même, les accidents de chaleur sont très diminués par l'usage du chapeau de paille à larges bords, et par la recommandation faite aux hommes de boire très peu pendant le travail ou les exercices. On leur accorde, en été, un peu d'eau mélangée de sucre et d'arrow-root.

On sait combien la dépression morale née de l'inaction est funeste pour les soldats en campagne : elle est un des plus grands facteurs favorisants des endémies et épidémies graves dans les contrées chaudes. Nos confrères japonais partagent absolument cet avis : il est recommandé aux troupes, quand les circonstances le permettent, de jouer des pièces comiques, de donner des concerts avec exécution de chansons militaires, de pratiquer le ken-jitsu (lutte) et le ju-jitsu.

Je dois remercier ici de tous ces détails, mon éminent confrère, le Dr Ito, de Yokohama, en mission aux armées françaises; il a bien voulu me communiquer, en outre, les statistiques qui montrent éloquemment quels résultats on peut obtenir quand on apporte aux mesures d'organisation du Service de santé l'ordre minutieux et la surveillance attentive de tous les détails hygiéniques dont nos alliés ont, dès longtemps, donné l'exemple.

C'est une leçon que nous devons retenir pour défendre et faire triompher *dans les faits* l'autonomie et l'indépendance du Service de santé, depuis longtemps réalisées dans l'armée nipponne et seules compatibles avec l'exécution des devoirs qui lui incombent impérieusement en cet ordre d'idées.

Cardiopathie et Service militaire.

Mobilisé le 15 juin 1917 après la révision des anciens exemptés, j'ai été envoyé, malgré une insuffisance mitrale énorme, s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs avec éruptions pétéchiales, à la 14e section d'infirmiers de Lyon (fort de la Duchère). De là, nommé médecin auxiliaire, on m'a mis dans un hôpital, situé à 500 mètres d'altitude au-dessus du niveau de la voie publique. Vous devez penser si mon pauvre cœur a été surmené à chaque ascension.

Après un mois de service, j'ai eu une crise cardiaque d'hyposystolie. Je suis tombé, un jour en faisant ma visite, sur le lit d'un de mes malades. J'ai été hospitalisé, puis réformé fin juillet, pour lésion de l'endocarde.

Un mois après, sans avoir fait aucun excès, un matin pendant que je m'habillais, je suis tombé à la renverse dans un fauteuil qui a bien fait d'être là. Je venais d'être frappé d'une attaque, suite d'embolie partie du cœur et arrivée dans mon hémisphère gauche. Paralysé de tout mon côté droit, j'ai vécu comme un champignon jusqu'à maintenant.

J'aimerais que vous signaliez mon cas au médecin militaire qui vous avait dit l'année dernière que les maladies du cœur n'étaient pas cause de réforme, quand je vous avais posé la question. Il verrait qu'il y a des inconvénients à tenir de pauvres individus qui, chez eux, entourés de soins peuvent vivre longtemps, et qui, surmenés font des cadavres ou des infirmes pour la vie. A moins d'être partisan de l'euthanasie (ou droit à l'assassinat — crème).

Dr P.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Irrigation naso-pharyngée.

Pour faire l'irrigation naso-pharyngée, on prend quatre à cinq litres d'eau chaude à 38° environ.

On met dans l'eau 10 à 15 gouttes par litre, du composé suivant :

Menthol	4 grammes
Camphre	4 —
Chloroforme	4 —
Essence de cannelle	4 —
Alcool	64 —
Eau	20 —
Total	100 grammes

On se sert d'un irrigateur Eguisier ou d'un bock suspendu à une certaine hauteur, auquel on adapte un tube de caoutchouc et une canule nasale.

1° *Irrigation de la gorge.* — Le jet doit avoir de 40 à 60 centimètres de force. On est debout ; la tête horizontale, la bouche grande ouverte. On tient la canule à 10 à 15 centimètres devant la bouche et l'eau retombe dans la cuvette placée devant l'opérateur. On douche les amygdales, la bouche et le pharynx.

2° *Irrigation dans le nez.* — C'est plutôt un bain nasal. Le jet est de 4 à 5 centimètres de force seulement. On met la canule dans le nez, et on la tient avec la main, tantôt à droite, tantôt à gauche (narine droite, main droite, narine gauche, main gauche). On incline légèrement la tête du côté opposé à celui où l'on met la canule. On s'arrête de temps à autre pour se moucher.

Il faut calculer 2/3 de la douche pour la gorge et 1/3 pour le nez.

Dr TARDIEU,
du Mont-Dore.

CORRESPONDANCE

Deux sons de cloches au sujet des galons.

I

A propos de l'article « Médecine civile et militaire » du confrère de Champeaux (*Concours*, 1er avril), je vous annonce qu'à mon arrivée en novembre, j'ai été nommé médecin civil du régiment d'infanterie territoriale et depuis, des services de l'état-major, de l'intendance et de santé, de la région, installés ici (mais c'est un

renseignement militaire, et vous ne mettrez pas le nom du pays : les avions boches viendraient la nuit prochaine !).

Eh bien ! *je n'ai aucun galon, aucun uniforme, et je n'ai jamais trouvé de clients aussi dociles, aussi obéissants, aussi ponctuels, pour exécuter mes ordonnances.*

Les confrères militaires voient souvent des tire au flanc, des simulateurs. Je n'en ai jamais vu un : tous m'obéissent au doigt et à l'œil, je n'ai jamais eu autant d'autorité dans ma clientèle civile, pendant trente ans d'exercice. Et je sais qu'ils m'aiment bien, tous mes braves poilus. « Vous êtes la coqueluche des soldats » me disent les belles dames qui s'occupent des œuvres de guerre ici. « J'aimerais mieux être la vôtre aimables clientes. »

Savez-vous que les médecins de l'assistance médicale gratuite sont tenus de donner leurs soins aux réfugiés, qui ont droit à la gratuité de ces soins? — Savez-vous que, sur relevé mensuel établi sur papier timbré à 0 fr. 60, on nous accorde un franc par visite ou consultation? — Pendant ce temps toutes les denrées ont triplé et quadruplé de prix, ainsi que tout le reste : au milieu de ces nombreux nouveaux riches qui font sonner leurs écus et vont tenir demain le haut du pavé, seul le médecin continue de donner ses soins à des prix faméliques : *aurea mediocritas !*

D. L.

II

Dans le numéro du 15 juin du *Concours*, il est encore fait allusion au referendum — auquel j'ai participé d'ailleurs — entre confrères mobilisés. Le résultat a donné 86 % des médecins d'accord pour demander une réforme des statuts médico-militaires; cette réforme porterait dans l'ensemble, sur l'indépendance complète du Service de santé, obtenue entre autres par la suppression des galons, et de tout ce qui peut en somme rappeler au médecin que, dans la guerre actuelle, il a des rapports et des assimilations forcés avec ses camarades combattants. Auriez-vous l'obligeance de me dire, si je n'abuse de vos instants, quelle est dans cette majorité énorme de 85 % la proportion de médecins ayant vécu parmi la troupe? Pour moi, qui soupire pourtant après le retour vers la vie civile, ma famille, ma clientèle de dix ans, je me suis prononcé, de par mon expérience personnelle contre la désassimilation, je veux dire la suppression des galons, etc... Je dis de par mon expérience : 41 mois passés, volontairemant, dans le même bataillon d'active; je ne crois pas être suspect d'y avoir bénéficié de faveurs exceptionnelles (34 ans, deux galons, une blessure, trois citations) et j'ai quelque réputation d'indépendance. Mais j'estime à nouveau que dans un corps de troupe, il est bon qu'un médecin puisse ajouter à sa dignité personnelle, à

l'estime qu'il conquiert, un peu de ce clinquant extérieur qui imposera éternellement aux masses. Il en est tout autrement, certes, dans les ambulances ou les hôpitaux.

Dr B.

III

Comme suite à l'insertion de ma lettre dans le numéro du *Concours Médical*, 18 juin 1918, je vous serais obligé de m'indiquer combien, sur les 85 % de médecins mobilisés partageant vos idées, il y a de médecins militaires du service actif ou du service de réserve (retraités ou ayant passé une grande partie de leur carrière dans l'armée) l'opinion de ceux-ci ayant pour moi une grande valeur dans le débat, plus grande que celle des médecins mobilisés, militaires occasionnels et qui, à la paix, ne paraîtront peut-être plus dans l'armée.

Quant aux idées contenues dans la lettre du Dr S. H. (que je regrette de ne pas connaître), j'avoue que je suis parfaitement de son avis quand il admet deux solutions à la question et je répète ses propres paroles (inscrites dans l'article du *Concours* : « Le médecin d'armée doit-il être seulement médecin ou bien doit-il prendre en main le commandement, la direction et l'exécution du Service de santé.

« Dans le premier cas le Service de santé est organisé, commandé et dirigé par des officiers non docteurs (il en a été ainsi jadis). Ces officiers représentant l'armée et comme des pères de famille appellent le médecin praticien à soigner et guérir ses malades et ses blessés.

« Dans le deuxième cas, le Service de santé, considéré comme organisme, constitue un bloc homogène militaire, il est commandé et dirigé par le Corps médical lui-même, investi des mêmes droits et des mêmes prérogatives militaires que n'importe quel officier des armes spéciales. »

Or, je suis entré comme élève à l'Ecole de médecine navale en 1872, j'ai été reçu aide-médecin (un galon en 1875) j'ai passé à trois galons en 1882. J'ai donc fonctionné comme médecin militaire et j'ai eu de nombreux rapports avec les médecins de l'armée pendant quelques années et j'ai vu le premier cas (subordination des médecins militaires au service administratif) en plein fonctionnement.

Or, pour des raisons que je ne puis indiquer ici, ce fonctionnement était *détestable* et la guerre de 1870 l'a bien prouvé.

J'ai vu le second cas à l'épreuve depuis 1882 jusqu'à 1898 (année où j'ai pris ma retraite comme médecin à quatre galons) le système n'était pas parfait certainement, mais il était bien préférable au premier. Ce qui lui faisait défaut, comme dit le Dr S. H., c'était la concordance, l'autonomie complète; comme dit celui-ci, la lettre, c'est-à-dire l'assimilation tuait.

Vous voyez qu'avec le *Concours médical* je ne me gêne pas pour exprimer mes idées, connaissant sa bienveillance pour ouvrir ses colonnes à toutes les opinions.

Dr DE CHAMPEAUX.

Quelques réflexions sur les affectations des médecins aux armées.

Tout a été dit, semble-t-il, sur les affectations des médecins aux armées, d'après l'âge et les charges de famille.

L'arrivée récente au « pouvoir » du nouveau sous-secrétaire d'Etat, M. Mourier, a pu faire croire à certains qu'il y aurait quelque chose de changé (enfin !) et que le père de la formule « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière », aurait à cœur de faire appliquer ladite formule. — Il n'en est rien, tant est grande la résistance des Directions.

Moins que jamais, il n'est *tenu compte* de ces facteurs, qui font cependant qu'un soldat jeune est dans un régiment d'active et un soldat âgé dans un régiment territorial.

De telle sorte qu'on continue à voir de jeunes médecins célibataires dans des ambulances ou H. O. E., pendant qu'un certain nombre de leurs aînés, mariés et pères de famille, sont à l'avant dans des régiments.

Et les spécialistes ? Que de réflexions ne pourrait-on faire à ce sujet ! Je ne parle pas des spécialistes d'avant-guerre — je veux parler des médecins qui, au cours de la campagne, se sont découvert des aptitudes spéciales (l'aptitude de ne pas aller dans un régiment sans doute !)... auxquelles ils n'avaient pas eu le temps de penser en temps de paix.

Des spécialistes, il en faut, c'est une affaire entendue. Je trouve cependant que l'ancien sous-secrétaire d'Etat est allé un peu loin, quand il a laissé les jeunes « se spécialiser » ... *en foule*, sans que les vieux praticiens aient été mis à même de bénéficier de semblable avantage. Je m'explique.

Tout le monde sait par exemple (pour l'avoir constaté) que la radiographie est devenue ces années dernières un *art* fort à la mode, et où parait avoir réussi un nombre imposant de jeunes médecins. Des cours ayant été institués au Val-de-Grâce, pourquoi n'a-t-on pas envoyé à ces cours de préférence des médecins âgés, parfaitement susceptibles de devenir de bons radiographes ?

Il n'en fut rien.

Les désignations étaient faites au petit bonheur au hasard des relations, le corps médical n'ayant pas été prévenu dans son ensemble de l'existence de ces cours.

Ne cite-t-on pas au surplus le fait de médecins jeunes qui se sont accolés « *proprio motu* » à des services radiologiques, et ont été déclarés « spé-

cialistes » après quelques semaines de ce stage bénévole ?

Faveur injustifiée, n'est-il pas vrai, et ne répondant en rien à un sentiment exact de la justice !

Même chose, dans un autre ordre d'idées, pour les aide-chirurgiens ! (je ne parle pas des chefs d'équipes qui devraient tous être des chirurgiens de carrière !). — Quel est en effet exactement le rôle de l'aide ? Passer les compresses, les instruments, aider à faire une ligature, tenir des écarteurs, et avant tout, *savoir* se laver les mains ! A qui fera-t-on croire que ce rôle ne peut être tenu par un praticien *quelconque*, et dès lors, comment s'expliquer qu'un très, très-grand nombre d'aide-chirurgiens (poste éminemment à l'abri du régiment !) soient des médecins jeunes ? Là encore, n'aurait-on pas pu faire appel, pour remplir ces fonctions, à des praticiens des vieilles classes ?

Je n'insiste pas davantage. Il est des choses qu'il est préférable de taire en ce moment, et des mots qu'il vaut mieux ne pas dire.

Dr X...

L'inaptitude définitive et la mise hors cadres des médecins mobilisés.

Existe-t-il sur l'aptitude des officiers en général et des médecins en particulier, une circulaire postérieure à CI/7 574 du 20 août 1917 ?

Le 27 mai 1918 j'ai été déclaré par la Commission *ad hoc* « inapte définitif » et j'ai été prévenu par un des « juges » que « c'était pour moi la mise hors cadres automatique ».

Mais dans quel délai ? Depuis lors, je n'entends parler de rien. Or, je désirerais beaucoup voir ma situation réglée dans un sens ou dans l'autre. Je suis, en effet, en convalescence jusqu'au 14 août et je prévois qu'à cette époque, mon état de santé ne me permettra pas un travail suivi. Puis-je faire une démarche pour hâter la décision à intervenir ?

Dr M.

Réponse.

La décision prise à votre égard sera conforme à la réglementation en vigueur. On n'admet plus l'inaptitude définitive pour les médecins, sans que la mise hors cadres et même la radiation des cadres s'ensuive automatiquement.

Si vous n'entendez parler de rien avant l'expiration de votre convalescence, écrivez à votre Directeur du Service de santé, et au besoin, au ministre, qui prendra la décision.

L'avancement des étudiants en médecine.

I

Je m'adresse à vous pour savoir quels sont les droits du canonnier Pierre B....., pourvu de trois inscriptions de doctorat en médecine prises le 2 juillet 1918, par application de la circulaire ministérielle du 25 mars 1918.

1° Peut-il être nommé médecin auxiliaire et quelle est la marche à suivre?

2° Peut-il continuer ses études? Dr B.

Réponse.

1° Voyez le décret du 18 janvier 1917, articles 2-6, publié dans le *Concours Médical* du 1er février 1917, page 121 ;

2° Il ne pourrait continuer ses études que si, des classes 1916 ou plus anciennes, il était classé dans le service auxiliaire ou évacué des armées pour blessure ou maladie. Voyez encore le *Concours Médical* du 1er juillet 1918, page 605.

II

J'ai eu votre adresse par un de mes camarades, et je prends la liberté de vous demander quelques renseignements qu'il ne m'a pas été possible d'obtenir aux armées.

Etudiant de la classe 1914, j'ai été mobilisé en septembre 1914 et j'étais à cette date pourvu du certificat P. C. N. J'ai pu prendre en novembre 1917 ma 1re inscription de doctorat en médecine et la circulaire ministérielle du 26 mars 1918 m'a permis d'obtenir les 2e, 3e et 4e inscriptions.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer si je puis, avec ces titres, demander mon passage dans le Service de santé et si en outre il existe actuellement des cours préparatoires à l'emploi de médecin auxiliaire auxquels j'aurais accès. C.

Réponse.

Voyez le *Concours* du 1er février 1917 qui contient le décret du 18 janvier 1917 sur l'avancement des étudiants en médecine.

Les inscriptions, quel qu'en soit le nombre, doivent être validées avant l'incorporation.

Si les dispositions de ce décret ont été modifiées postérieurement, nous l'ignorons.

En tout état de cause, si vous réunissez les autres conditions requises, faites une demande par la voie hiérarchique au Directeur du Service de santé de votre C. A., en y joignant votre feuille de scolarité. Vous verrez bien ce qu'il vous répondra.

III

Veuillez être assez aimable pour me faire connaître la date et les conditions du décret qui

permet à certains étudiants en médecine titulaires de *onze* inscriptions, d'être nommés aide-majors. S.

Réponse.

Voyez le *Concours Médical* du 1er février 1917, page 122 : Instructions pour l'application du décret du 12 novembre 1914.

Il faut que les onze inscriptions aient été validées avant l'incorporation, que les étudiants aient servis deux ans aux armées, dont un an comme médecin auxiliaire dans un poste médical ou une formation sanitaire de l'avant, et qu'ils aient subi avec succès l'examen d'aptitude.

L'affectation à l'intérieur des médecins R. A. T.

La courageuse campagne menée par le *Concours* en faveur de la relève des médecins R. A. T. justifie une fois de plus la confiance si bien méritée que les vrais praticiens témoignent à votre journal de défense. Aussi, je vous demande instamment de poursuivre sans répit cette bonne besogne confraternelle jusqu'au retour définitif de tous les majors réservistes de territoriale à l'intérieur. C'est leur seule et vraie place de par la logique et de par toutes les classifications militaires.

J'admets, jusqu'à un certain point, que les événements récents aient pu justifier une interruption momentanée de la relève de la classe 92. Cet arrêt aurait pu être évité cependant.

Devant ce précédent, ne vous semble-t-il pas qu'il y aurait urgence à dresser d'ores et déjà une liste de tous les R. A. T. sans exception afin qu'ils soient rappelés à l'intérieur dans le plus bref délai ? Le *Concours* du 15 juin (page 556) fait mention d'une circulaire relative aux officiers d'Administration du Service de santé qui doivent être relevés à partir de la classe 1896 et au-dessous. Pourquoi les médecins sont-ils encore oubliés?

Nous, vieux praticiens, avons largement payé et de grand cœur, mais nos forces défaillent.

A l'intérieur, nous pourrions rendre les plus grands services aux populations civiles un peu trop délaissées; c'est une question capitale pour la France de demain.

Nous reprendrions enfin les places si impudemment accaparées par les métèques, gros danger pour l'avenir. Seuls les R. A. T., du fait de leur âge, présentent les réelles « aptitudes restreintes » dont on a vraiment trop abusé en faveur des jeunes ; que l'on n'objecte plus *les nécessités du service* pour retenir sur le front des médecins en surnombre.

En tout cas, il est aisé de nous remplacer par les jeunes inaptes (sauf pour la clientèle) et, je ne sache pas que les blessés ou malades en

traitement dans les régions puissent perdre au change, étant soignés par de vieux praticiens.

Je ne mets pas en doute la bonne volonté du Dr Mourier et j'espère qu'il aura à cœur de soustraire tous les vieux confrères aux rigueurs d'un cinquième hiver dans la zone des armées.

Qu'à la classe 92, succèdent, sans interruption, 93 et 94 pour en terminer enfin avec 95 et 96.

Le retour de chacun d'entre eux dans sa région sera une mesure des plus équitables. Ces affectations basées sur la classe ne pourront donner lieu à aucune réclamation. Dr M.

Le Livre d'or du corps médical français.

Citations.

A l'ordre de la division..

Le médecin aide-major de 1re classe, Kopp, Emile-Georges. « Alsacien d'origine, d'un patriotisme ardent, médecin d'une haute conscience, volontaire pour le front et plus spécialement pour les postes avancés, a montré, durant la période du 25 mars au 8 mai, une grande énergie en assurant nuit et jour le service dans des postes-relais très bombardés et en refusant de se laisser relever. (Le 16 mai 1918.)

***

Le médecin inspecteur, chef supérieur du Service de santé de la Ve armée cite à l'ordre du Service de santé de l'armée :

Ravon Eugène, médecin major de 2e classe, ambulance 12/18 :

« Après avoir participé dans des conditions difficiles à l'évacuation d'un H. O. E. avancé, est venu en renfort prêter son concours au médecin chef d'un H. O. E. voisin qu'il a parfaitement secondé, prenant des initiatives heureuses et imposant par son sang froid le calme aux blessés; a ainsi contribué au maintien de l'ordre pendant les bombardements, au cours des récentes opérations. » Q. G., le 12 juillet 1918.

Le Dr Ravon, qui avant la guerre exerçait à Sain-Etienne (Loire) est un de nos fidèles lecteurs. Le *Concours médical* lui adresse ses félicitations les plus vives.

***

Le Dr Valençon (Arthur) aide-major de 1re classe vient d'être cité à l'ordre du régiment (4e inf.) sous le no 485 en date du 22 juin 1918, avec le motif suivant :

« Médecin d'un courage remarquable, qui, le 13 juillet 1915, a soigné les blessés avec un dévouement inlassable, sous un bombardement des plus violents. »

Le Dr Valençon (Arthur) qui exerce à Meulan (S.-et-O.) est un de nos vieux abonnés, nos félicitations les plus sincères.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La Démilitarisation du Service de santé et le *Concours Médical*

Sous ce titre, notre excellent confrère, le Dr Granjux, dont nous lisons toujours avec intérêt le journal, *Le Caducée*, nous prend véhémentement à partie, tout en nous accordant le bénéfice de l'erreur, et nous accuse notamment d'exciter les médecins de complément contre les médecins de carrière.

Que notre honorable contradicteur soit d'un avis diamétralement opposé au nôtre et à celui de tant de nos correspondants, nous ne saurions en être surpris : il a été, il le reconnaît lui-même, « *orfèvre* », et qui plus est, « *orfèvre de première grandeur* » ! Il ne nous déplaît d'ailleurs pas qu'on discute nos idées : cela prouve qu'elles ne passent pas inaperçues.

Ceci dit, nous protestons hautement contre le reproche qui nous est adressé. Si le Dr Granjux lisait « *tous* » les numéros du Concours, et non pas seulement les articles qui attirent plus particulièrement son attention, il y aurait trouvé, — pas une fois, mais dix, vingt fois et plus, — que nous nous sommes toujours élevés contre les généralisations outrancières, qui prétendraient rendre la totalité d'un corps d'officiers responsable des fautes commises par quelques-uns ; que nous avons proclamé et proclamons de nouveau nombre de médecins de carrière ont fait largement leur devoir et plus, et se sont montrés excellents confrères ; que si nous connaissons des faits patents où des médecins de carrière ont manqué aux règles élémentaires de la confraternité, il ne nous a pas échappé que certains médecins de complément avaient eu, envers leurs subordonnés, praticiens comme eux, une attitude infiniment plus odieuse ; que nous devons nous garder, en un pareil sujet, de faire état de l'aphorisme : « *Ab uno disce omnes* ! »

Non, s'il y a excitation des uns contre les autres, elle n'est pas de notre fait et nous sommes trop les partisans de l'*Union*, au *Concours*, pour ne pas déplorer au contraire l'existence du fossé qui s'est creusé entre les uns et les autres. Mais à qui la faute et qui a commencé ? Ne cherchons pas pour le moment, et ne rappelons même pas plus explicitement certains articles tendancieux publiés dans un organe médical que M. Granjux connaît bien, et qu'il a d'ailleurs, si nous nous en souvenons bien, vertement relevés.

Nous ne voulons pas polémiquer et nous remettons à l'après-guerre la reprise de la discussion relative à la réorganisation du Service de santé et à la recherche des causes qui l'ont mis longtemps et le mettent encore parfois en fâcheuse posture.

Le Dr Granjux a cru nous prendre en flagrant délit de contradiction avec nous-mêmes parce que, après avoir exprimé précédemment cette intention d'atermoiement, nous semblions prétendre au contraire que cette grave question est d'actualité.

Expliquons-nous brièvement, puisque nous ne nous sommes pas fait comprendre : la *réorganisation du Service de santé* est, à nos yeux, chose trop grave et trop sérieuse pour pouvoir se discuter complètement actuellement. Nous sommes d'avis qu'il faut attendre le retour de la paix pour s'en occuper. Nous ne manquerons pas alors d'arguments pour étayer nos conceptions.

L'identité des appellations n'est qu'un tout petit côté de la question. Elle se lie à un projet de loi déposé sur les bureaux de la Chambre et qui doit être discuté incessamment, qui l'aurait été déjà même, si les graves évènements militaires, survenus depuis fin mars, n'avaient pas pris la place la plus prépondérante dans les préoccupations du Parlement. Elle a donc été et elle est encore d'actualité, et nous n'en voulons d'autre preuve que l'approbation pleine et entière qui nous a été donnée par M. le Dr Doizy, dont *le Caducée* a naguère publié certaine interwiew sensationnelle.

Cette mise au point faite, nous bornons là notre réponse au *Caducée*, en ajoutant toutefois que nous persistons plus que jamais à penser que l'assimilation est une hérésie. Une preuve entre mille ? On n'a jamais vu un simple soldat passer du jour au lendemain chef de bataillon, et pour cause. Mais on a vu non pas un, mais des centaines de docteurs en médecine, simples soldats, passer d'un trait de plume, d'un décret, médecins-majors de 1re ou de 2e classe. Concluez !

X.

***

A cette réponse du collaborateur qui a pris l'initiative du questionnaire que nous avons publié, nous ajouterons, qu'au *Concours Médical*, nous n'attribuons qu'une importance toute relative au genre d'appellation des médecins militaires, pas plus que nous n'en avons attribué à la couleur dorée ou argentée des galons qui, en un temps donné, a suscité tant de protestations. Nous sommes même certains qu'un médecin de 45 ans à deux galons, comme il en est tant, préfèrera être appelé *Docteur*, ou *Monsieur le major*, que *mon lieutenant*, ce qui suppose une verte jeunesse, hélas ! pour lui disparue.

A l'heure grave que nous traversons, nous trouvons toute discussion à ce sujet quelque peu enfantine.

Quant à la réforme du Service de santé, ce n'est guère le moment de s'en préoccuper. Il n'est pas douteux qu'après la guerre, l'organisation des armées de chaque nation subira des transformations profondes que nous ne pouvons prévoir. Le Service de santé, comme tous les services, devra s'adapter aux besoins des nouvelles armées, et nous ne serions pas surpris que les idées qui passent aujourd'hui pour subversives, soient plus tard considérées comme les plus pratiques et les plus modérées.

Nous nous permettons de protester personnellement contre l'accusation de vouloir susciter la haine entre les confrères civils et les militaires de carrière. Rien n'est plus erroné. A plusieurs reprises, nous avons insisté dans nos *Propos du jour* sur les sentiments d'estime et d'affection que nous avons pour plusieurs médecins de carrière qui sont de nos amis ou de nos collaborateurs. Mais, répétons-le, nous ne saurions cependant tresser des couronnes à ceux qui ont doté notre armée du Service de santé qui a fonctionné en 1914 et 1915. L'heure n'est pas venue de rechercher les responsabilités, de savoir comment et pourquoi on a négligé dès le début et avant la guerre, de mettre chacun à sa place, mais cette heure viendra et alors, la discussion à ce sujet pourra être utilement et largement ouverte.

En attendant, recueillons-nous, admirons nos soldats héroïques et espérons la victoire prochaine dont dépendra certainement l'organisation nouvelle de l'Armée et par suite du Service de santé. J. Noir.

Toujours la question des affectations selon l'âge.

Je suis heureux de trouver enfin posée comme il convient la question des affectations selon l'âge dans le *Concours* du 15 juin, page 555. Ce que nous demandons, c'est ce qui vient d'être fait pour les officiers d'administration du S. S. et cela n'a pas traîné.

La circulaire, relevant à l'intérieur les officiers d'administration R. A. T., à partir de 1896, a paru aux armées vers le milieu du mois de mai et ordonnait que cette relève fut terminée le 1er juin. La voici ainsi que la circulaire affectant à l'avant les officiers de l'active et de la réserve de l'active, et dans la zone de l'arrière les officiers de la territoriale:

Au sujet du roulement du personnel du service de santé en service aux armées.

Ma dépêche 338 Ci/7 A. du 18 août 1917, à la suite de laquelle vous avez adressé aux généraux commandants les armées sous votre commandement la circulaire 19, 885, du 18 septembre 1917, a recommandé d'établir un roulement entre les médecins, médecins sous-aides majors, et médecins auxiliaires en service depuis plus d'un an dans les unités d'infanterie et ceux des autres armes ou services.

J'appelle votre attention sur l'intérêt de justice qui s'attacherait à appliquer la même mesure aux pharmaciens, aides-majors et auxiliaires, ainsi qu'aux dentistes militaires dont les tableaux d'effectifs de guerre, actuellement en vigueur, prévoient l'affectation aux unités d'infanterie à raison de un par régiment ou par bataillon formant corps. Un certain nombre d'entre eux sont dès maintenant relevables, la mise en pratique du régime actuel remontant à un an. (Rectificatif 1892 1/11 du 7 avril 1917 aux anciens tableaux d'effectifs de guerre, du 11 novembre 1916 remplacés, par ceux du 4 décembre 1917).

Je vous prie en conséquence, de vouloir bien donner des ordres pour que le même roulement équitable soit établi entre les médecins, pharmaciens et dentistes militaires en service depuis un an dans les unités d'infanterie et les mêmes catégories de personnels des autres armes et services, particulièrement ceux se trouvant dans les formations d'étapes. Il est entendu que ce roulement doit rester subordonné aux disponibilités en personnel et aux nécessités du service, lesquelles peuvent impliquer une certaine fixité dans les emplois spéciaux.

Il y a également lieu de tenir compte de l'âge des intéressés et, à moins de désir contraire de leur part, de s'appliquer à maintenir en dehors des unités d'infanterie les médecins, pharmaciens et dentistes militaires les plus âgés, notamment


POMMADE ADRÉNO-STYPTIQUE
MIDY

ceux servant aux armées sur leur demande, bien qu'appartenant à une classe relevable sur la zone de l'intérieur.

Signé : Louis Mourier.

Il est signalé que des officiers d'administration du Service de santé de l'active ou de la réserve de l'active sont dans des formations sanitaires de l'armée, alors que des territoriaux non volontaires sont dans des formations de l'avant.

Je vous prie de vouloir bien vous conformer aux directives de répartition des officiers d'administration du Service de santé données par note 22906 du 21 juillet 1917 et de rechercher si ces prescriptions n'auraient pas été perdues de vue.

Pourquoi ce qui vient d'être fait avec une extrême rapidité pour les officiers d'administration du S. S. ne peut-il pas être fait pour les médecins ? Nous savons qu'aucune nécessité de service (ce qui est le mot d'excuse qui couvre toutes les embuscades) n'empêche de faire cette répartition. Nous savons qu'il y a assez de médecins pour assurer tous les services et surtou assez de jeunes.

Qu'on chasse de l'intérieur tous ceux qui ne sont pas R. A. T. de par leur classe ou charges de famille, les spécialistes à qui la guerre a fait découvrir une spécialité, en particulier les spécialistes des conseils de réforme, sans parler des autres, les éternels convalescents qui font éternellement les services de place (spécialité qui fleurit, paraît-il, à Paris), les relevés des dix-huit mois qui sont encore à l'intérieur, qu'on mette, des étapes à l'avant, chacun à sa place, et je suis certain qu'on pourra faire avec la même vitesse pour les médecins ce qui vient de se faire pour les officiers d'administration.

Mais pour cela, il faudrait que le groupe médical parlementaire s'occupât plus activement de nous et profitât des ordres qui viennent d'être donnés pour les officiers d'administration pour agir de suite.

On risque, sans cela, de voir se continuer les mêmes errements et les mêmes injustices ; de vieux T. et R. A. T. servir de bouche-trous, quand leur affectation n'est pas pire, au lieu et place du jeune A. ou R. A. Cette question du toubib bouche-trou, si malencontreusement soulignée à la page 564 du *Concours*, remet à l'ordre du jour une question dont la solution éviterait nombre de critiques et d'animosités et sur laquelle le *Concours*, me semble-t-il, n'a pas assez insisté : je veux parler du roulement entre médecins. Le S. S. S. S. revient aujourd'hui sur cette question en l'étendant aux pharmaciens, ainsi que l'indique la circulaire que je vous adresse. Je vous ai signalé en son temps, l'émotion soulevée par la circulaire du 18 septembre 1917 au sujet du roulement entre les médecins. J'ajoutais que ce roulement était juste à la condition qu'il fut fait entre les médecins de l'active et de la réserve de l'active, c'est-à-dire entre ceux qui par leur âge doivent être à l'avant.

La question sera évidemment tranchée lorsque les affectations des médecins seront faites, comme il vient d'être fait pour les officiers d'administration. Jusque-là l'arbitraire continuera au sujet des affectations. Je crois donc que le moment est venu de faire mettre au point cette question du roulement en même temps que celle des affectations. Jamais circonstance plus favorable ne s'est présentée, mais il faut insister plus que jamais auprès de notre S. S. S. S. et le groupe parlementaire ne trouvera pas meilleure occasion : il n'y a pas de temps à perdre.

Dr E.

Age et affectations.

Un peu d'historique et un vœu.

Au début de la guerre, les R. A. T. et les médecins âgés de 40 ans et plus avaient généralement (dans certaines régions toutefois) été affectés à l'intérieur, à des postes en rapport avec leur personnalité médicale et leur âge sans qu'on ait tenu compte des galons qui, en ce qui d'ailleurs concerne ces médecins de complément, n'ont aucune signification médicale. Les médecins de l'armée active, brûlants d'enthousiasme, étaient partis avec leurs régiments. C'était bien ainsi. On croyait à une guerre courte et on avait fait les choses normalement.

La guerre durant, au bout de quelques mois, on commença à relever les fatigués pour leur permettre de se reposer et les bons R. A. T. ou A. T. âgés de plus de 40 ans montèrent au front pour les remplacer. Ils pensaient y demeurer quelques mois seulement — on le leur avait assuré — et puis regagner soit leurs foyers si la guerre avait été terminée, soit leurs anciens postes du début. Ils pensaient aussi qu'au front on leur aurait octroyé des postes en rapport avec leur âge et avec leur situation professionnelle, et témoigné les égards et la considération dus à une vie professionnelle digne et déjà longue. Ils encaissèrent déceptions et amertumes. Ils se résignèrent. Il le faut pour la patrie, pensaient-ils dans leur candeur naïve ! Cependant, les mois s'écoulaient et des années passèrent.

Toujours sur la ligne de feu, aux postes les plus périlleux et les plus pénibles, ils voyaient les arrières et les Etapes peuplés de jeunes gens bien râblés, bien musclés, aux jarrets d'acier, bien habillés et beaux parleurs. Beaucoup de ces jeunes gens, nouveaux venus dans la profession, avaient été improvisés spécialistes, aides-chirurgiens dans les Equipes chirurgicales, et chirur-

giens même, radiographes, bactériologues, etc... A l'intérieur, les jeunes demeuraient toujours. Beaucoup y sont encore depuis mars 1915 et certains n'ont sans doute jamais connu le feu que par les journaux. Quant aux médecins de l'armée active, une grande partie, à sa grande tristesse et à son désespoir, est affectée à l'intérieur; l'autre partie, celle du front, occupe les hauts postes administratifs. M. le Dr Mourier n'avait pas encore poussé son cri de justice et de bonne administration : « *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière* ».

Il l'a poussé, maintenant, ce cri du bon sens et de la justice, et rien n'est changé. M. le Dr Mourier est devenu sous-secrétaire d'Etat au Service de santé et rien ne se transforme ou à peu près rien. Une puissance occulte, formidable, paraît s'opposer à la loi qui porte son nom et on dirait qu'elle se plaît à mettre en échec ce qui en est la substance, ce qui en est l'esprit. C'est le *règne de l'arbitraire injuste*. Les R. A. T. et les vieux A. T. sont sacrifiés de toutes façons. Jamais il n'y eût pour eux ce qu'on dénomme « *le filon* ». Il semble cependant que la justice élémentaire eût exigé que les postes dénommés : « *le filon* » eussent dû être pour eux aux armées *en attendant qu'ils soient rapatriés* chez eux, soit dans leur clientèle, soit tout proche, selon les différences de cas et d'espèces comme on dit au Palais. Il semble que, d'office, les postes d'aide-chirurgien, de radiographe, eussent dû leur être attribués, etc.

Or, loin d'en être ainsi, on les a affectés et on les affecte encore (ou bien on leur fait faire des suppléances) à des postes où, à un moment donné, ils peuvent être appelés à donner un effort subit intense au-dessus de leurs moyens physiques, car l'âge est la véritable « *inaptitude restreinte* », malgré certaines apparences, effort que les jeunes donneraient en se jouant.

Pour agir ainsi, l'administration met en avant la formule commode : « Nécessité du Service » et derrière cette formule, elle abrite l'arbitraire et l'omnipotence de ses actes.

Aussi, est-ce avec un réel soulagement, avec la satisfaction profonde de voir enfin la justice radieuse se débarrasser de ses chaines qu'on entendit M. le Dr Mourier crier cette parole de justice et proclamer cet aphorisme de bonne administration : *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière*.

Cette parole doit être la charte du Corps médical, elle doit être la directive définitive de tous les Ordres d'affectation aussi bien et surtout dans les Armées que pour la répartition entre les Armées et l'Intérieur. Le Corps des officiers d'administration se l'est vue appliquer. On l'a appliquée dans les diverses administrations de l'Etat. On l'a appliquée au monde ouvrier. Elle n'a pas encore été appliquée au Corps médical. Pourquoi? Mystère! Mais elle le sera. Nous en avons la ferme, la certitude absolue, l'espoir indéfectible, parce que M. le sous-secrétaire d'Etat au Service de santé est un homme à l'esprit trop clair, à la raison trop lucide, au cœur trop empreint de justice pour ne pas vouloir que sa doctrine soit appliquée, et pour tenir la main à ce qu'elle soit strictement appliquée non seulement dans ses grandes lignes (pour le principe), mais en outre dans le détail le plus petit (pour la réalité même de son application).

On sait aujourd'hui, par les chiffres officiels reproduits dans le *Concours Médical*, que tout cela est possible, largement, très largement, car il y a trop, beaucoup trop même de médecins mobilisés.

Pour conclure, nous émettons le vœu suivant, en priant respectueusement M. le sous-secrétaire d'Etat au Service de santé de le prendre en considération et de le réaliser immédiatement :

VŒU :

Les médecins recevront une affectation militaire en rapport avec leur âge, conformément à l'axiome légal ; *Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière*.

En conséquence, seront affectés :

1o Aux formations combattantes et assimilées et aux formations de l'extrême avant, les médecins de l'armée active et de sa réserve et les volontaires;

2o Aux formations stables d'Armée, les jeunes classes de Territoriaux;

3o Aux Etapes, les Territoriaux et les R. A. T. encore présents aux armées en attendant leur rentrée définitive à l'intérieur;

4o A l'Intérieur, le plus près possible de leur domicile, les R. A. T. depuis 1914 et les jeunes classes de Territoriaux;

5o Les R. A. T. d'avant 1914 seront démobilisés;

6o Les Mutations pour relèves, roulement alternatif ou autres motifs, seront organisées de manière à respecter strictement cette catégorisation, et sans que les autorités hiérarchiques puissent édicter des Ordres en contradiction avec elle, ou dans les cas individuels prétexter la formule : « Nécessité de Service » pour l'enfreindre;

7o Autant que possible, les postes devront être stables.

Martigny-les-Bains. — Le Dr L. Dedet nous prie d'annoncer qu'il a ouvert son cabinet de consultations à Martigny le 25 mai et y séjournera jusqu'au 25 septembre.

Petite Correspondance (*suite*)

—

chures, il y a lieu notamment de déduire des recettes totales des medecins la partie du loyer afférente aux locaux affectés spécialement à l'exercice de la profession, les gages et l'entretien des domestiques dont l'emploi est nécessité par le même exercice, les frais de locomotion, et divers frais professionnels, tels que: souscriptions aux Sociétés médicales, assurances professionnelles, abonnements aux journaux spéciaux, etc.

Nous vous engageons à adresser, par lettre recommandée, au Contrôleur spécial, une rectification explicite dans laquelle vous indiquerez le total de vos dépenses professionnelles, en rappelant que votre déclaration première a comporté, par erreur, la totalité de vos recettes professionnelles, sans aucune déduction.

Dr B. à *Concours.* — Voulez-vous permettre à un de vos fidèles abonnés de vous poser une question au sujet d'un point de droit ?

J'exerce la médecine depuis une dizaine d'années et ai toujours fait de la stomatologie. J'ai depuis le début un mécanicien pour faire mes appareils de prothèse : jusqu'ici on ne m'a jamais imposé à son sujet pour les accidents du travail.

Cette année, on me met une imposition de 2 fr. 71. La somme est peu importante, mais il s'agit d'une question de principe. Un médecin peut-il être assujetti pour son personnel à la loi sur les accidents ?

J'ai consulté à ce sujet l'ouvrage de C. Goret, paru en 1911 (la jurisprudence des chirurgiens-dentistes). Pour lui, la loi de 1898 ne peut s'appliquer que dans les cas où il est fait usage de machines mues par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, ce qui n'est pas le cas chez moi où je n'ai pas de moteur électrique dans mon atelier. La loi de 1906, qui étend à toutes les professions commerciales les dispositions de la loi de 1898 ne peut pas s'appliquer non plus à la profession médicale qui est libérale.

Il me semble, d'après l'opinion précitée, qu'on m'a imposé à tort.

Enfin, C. Goret ajoute que la loi du 19 juillet 1907 donne aux dentistes la faculté d'adhérer à la loi de 1898 ; il doit s'agir de tous les dentistes, médecins ou non. La nuance a son im-

Suite page XX.

Petite Correspondance *(suite)*

portance pour moi, car je suis seulement docteur en médecine ; je n'ai pas le titre, inutile pour nous, de chirurgien-dentiste.

Pensez-vous que, sans être assujetti à la loi, il y ait intérêt dans notre cas à y adhérer ou s'il vaut mieux rester dans le droit commun des articles 1382 et 1383 du code civil ?

Je serais heureux d'être fixé à ce sujet par la voie du *Concours*, afin de pouvoir faire une réclamation s'il y a lieu.

Réponse. — Comme votre cabinet de stomatologiste ne rentre pas dans les catégories énumérées par l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, ne pouvant être classé comme usine, manufacture, chantier, etc., comme il n'y est fait usage, d'après vos indications, d'aucune machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, comme d'autre part, votre profession n'est pas une profession commerciale, nous sommes d'avis que vous n'êtes pas assujetti, pour votre mécanicien, à la législation spéciale régissant les accidents du travail.

Une autre question est celle de savoir s'il est ou non de votre intérêt de vous placer sous le régime de cette législation, par application de la loi du 18 juillet 1907, dont vous pouvez certainement invoquer le bénéfice, puisqu'elle vise tout « employeur » non assujetti à la législation spéciale.

En vous plaçant sous le régime spécial, vous fixez d'une façon ferme, vos obligations en cas d'accident survenu à votre mécanicien, et pouvez par suite assurer complètement le risque d'accident tel qu'il est limité par cette loi.

En restant sous l'empire du droit commun et des articles 1382 et 1383 du Code civil, vous avez, d'une part, de plus grandes chances d'échapper à une responsabilité légale en cas d'accident survenu à votre mécanicien. Mais d'autre part, en cas de responsabilité, l'étendue de vos obligations envers votre employé peut être illimitée, puisqu'elles peuvent s'étendre au préjudice entier éprouvé par ce dernier. En outre, vous ne serez jamais absolument certain que cette responsabilité sera couverte par une assurance quelle qu'elle soit, puisqu'en principe, elle est illimitée.

Mais, en fait, il faut dire que les Compagnies d'assurances peuvent vous donner une garantie qui suffira pour vous mettre à l'abri de toute action en responsabilité.

DOCUMENTS OFFICIELS

Affectation des officiers du S. S.

No 724 CI/7. — Additif à la circulaire 290 CI/7 du 17/10/16.

La Circulaire No 290 CI/7 du 17 octobre 1916 a fixé l'affectation aux armées des Officiers du Service de santé suivant un classement général établi par les classes de mobilisation et par grade, en tenant compte des charges de famille.

Les officiers veufs, avec enfants, seront à l'avenir catégorisés dans la classe de mobilisation immédiatement antérieure, compte tenu, par ailleurs, du nombre de leurs enfants. (Exemple : un officier, classe 1898, veuf avec trois enfants sera placé dans la classe 1894.)

Dans chaque classe, il y aura lieu de tenir compte également pour le tour de départ, du temps de séjour au front et du séjour à l'intérieur, des officiers depuis leur retour des armées.

Les listes de classement général seront affichées dans les Directions régionales par les soins du Service de santé.

Le rôle des infirmières militaires : un danger.

18554 A 4/7. — Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé à MM. les Directeurs du Service de santé des régions S/C de MM. les généraux commandant les régions. — Lors des prochaines notes que vous me transmettrez sur les Infirmières militaires, vous voudrez bien indiquer celles d'entre elles qui sont capables de pratiquer l'anesthésie (1).

A L'OFFICIEL

Questions et réponses militaires.

21966. — M. Pierre-Etienne Flandin (Yonne), député, demande à M. le ministre de la Guerre si un médecin auxiliaire, en même temps médecin traitant et faisant fonction, à ce titre, de médecin aide-major de 2e classe dont il touche la solde, a droit au rappel de solde depuis juillet 1917 et s'il doit être assimilé quant aux indemnités pour charges de famille, aux officiers (aide-major de 2e classe) ou aux sous-officiers à solde mensuelle (adjudants). (*Question du 7 mai 1918.*)

2e Réponse. — 1o Réponse affirmative ; 2o l'indemnité qui est alloué à l'intéressé comprend une somme égale à l'indemnité pour charges de famille attribuée aux officiers. (Instruction ministérielle du 2 juin 1918.)

(*J. O.*, 17-7-18.)

21992. — M. Pacaud, député, expose à M. le ministre de la Guerre que les docteurs en médecine du service auxiliaire, qui ne peuvent être promus aides-majors, mais en font les fonctions avec le grade de médecins auxiliaires, bénéficient d'une indemnité complémentaire destinée à leur constituer une solde égale à celle d'aide-major de 2e classe, et demande : 1o pourquoi ils n'ont pas vu augmenter le chiffre de cette indemnité en même temps que la solde des officiers a été élevée ; 2° pourquoi ils ne sont pas admis à bénéficier de l'indemnité de charges de famille. (*Question du 7 mai 1918.*)

2e réponse. — 1o Les médecins auxiliaires visés par l'honorable député ont droit, comme les aide-majors de 2e classe, au rappel de solde depuis juillet 1917 ; 2o l'indemnité qui est allouée à l'intéressé comprend une somme égale à l'indemnité pour charges de famille attribuée aux officiers (Instruction ministérielle du 2 juin 1918).

(*J. O.* 17-7-18.)

21224. — M. Lairolle, député, expose à M. le ministre de la Guerre qu'en vertu de l'article 91 du décret du 21 mai 1913 les médecins auxiliaires, docteurs en médecine, assurant le service médical des hôpitaux, les sous-officiers remplissant les fonctions de gestionnaires, ont droit, à titre d'indemnité, à la différence entre leur solde de sous-officier et celle de sous-lieutenant ou assimilés et lui demande : 1o si, dans les villes où les sous-lieutenants touchent une indemnité de vie chère, les sous-officiers susnommés n'ont pas droit à cette indemnité du moment qu'ils supportent les mêmes charges, et qu'ils n'ont pas, eux, l'indemnité d'ordonnance et autres accessoires ; 2o si, enfin, ils n'ont pas droit aux indemnités pour charges de famille, par application de l'article 8 du décret du 19 février 1918 comme y ont droit les sous-officiers à solde mensuelle et les officiers (*Question du 10 mars 1918.*)

2e réponse. — 1o Réponse affirmative ; 2o l'indemnité qui est allouée à l'intéressé comprend une somme égale à l'indemnité pour charges de famille, attribuée aux officiers. (Instruction ministérielle du 2 juin 1918.)

(*J. O.* 17-7-18.)

(1) Nous appelons l'attention de nos confrères sur les dangers qui peuvent résulter de cette tendance à faire sortir officiellement les infirmières de leur rôle.

J. N.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite 1)

IIe PARTIE

Le Corps médical et le « Programme » de Défense antituberculeuse.

J'ai déjà noté les caractères généraux du programme adopté qui place la lutte antituberculeuse *sur le terrain* de la médecine sociale. Ce programme s'accorde avec les idées défendues par les praticiens, c'est-à-dire avec les données de la technique. Car les médecins praticiens, qui ne sont occupés de cette question qu'un peu du dehors, de façon imcomplète, ont, bien qu'on ne les consultât pas, donné un avis, toujours le même et qu'on peut résumer ainsi : la tuberculose est une maladie sociale; elle doit être combattue dans *toutes ses causes*.

Or, ces causes ne sont pas seulement d'ordre bacillaire; elles sont aussi d'ordre social. Les facteurs de cet ordre sont aussi importants que les bacilles; ils le sont souvent plus; les mauvaises conditions de vie et d'hygiène, la fatigue, le surmenage, le taudis, la misère ne créent pas le microbe, mais ils permettent à celui-ci de se développer. Ce sont ces causes aussi qu'il faut atteindre et c'est parce qu'on ne voulait pas les atteindre que les praticiens s'insurgeaient.

Quand M. Reinach sollicitait de l'Académie un avis et demandait que les médecins « déclarent la tuberculose », nous répondions : « pourquoi faire? des statistiques ? des poursuites devant la sainte inquisition des désinfecteurs? Nous ne ferons pas cette besogne ». Et, en effet, en dehors d'un principe général auquel nous nous tenons — le secret professionnel — nous estimions n'avoir aucun effort à donner pour aboutir à créer des suspects et à faire des simulacres d'action, des gestes dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils ne donnaient qu'une fausse sécurité.

Nul ne croira, en effet, qu'il faille des mesures de police pour lutter contre la maladie ; et, si les rites n'étaient point pratiqués par nous, c'est qu'au lieu d'atteindre la maladie, ils atteignaient le malade; et le malade, le médecin doit le défendre.

C'est ainsi qu'il faut expliquer l'attitude des médecins, leur attitude voulue, persistante, et légitime, et naturelle. Plus l'action *inefficace* de l'Etat allait vers le rite désinfection, plus la nôtre rappelait l'autre côté du problème: la misère et le taudis. Il se peut que cette façon de voir nous ait, en quelque sorte, « classés » dans un certain esprit administratif qui est simple. On a, en tout cas, essayé d'opposer l'attitude des praticiens à l'attitude de ceux que l'on qualifiait de savants « officiels ». Les praticiens étaient des esprits bornés, encore retardataires et leur « inertie » tenait à ce qu'ils refusaient de s'incliner devant les faits scientifiques! Ils voulaient ignorer Villemin et Koch!

Nous ne réveillerons pas les vieilles histoires et nous n'irons pas fouiller dans le passé pour démontrer que la résistance « aux faits » est toujours venue des théoriciens et non des hommes d'action pratique, des Facultés et non des médecins. Mais, c'est précisément parce que médecins, que les faits nous obligeaient à poser, comme il convient, les données du problème de la tuberculose.

Les médecins savent la contagiosité de la tuberculose; mais il savent que le mode de contagion de la tuberculose est tout différent de la contagion banale de la scarlatine et de la rougeole. Et sur l'interprétation de cette donnée, sur l'absurdité des rites de désinfection, la lumière est faite aujourd'hui.

Aujourd'hui, les programmes officiels de lutte antituberculeuse s'inspirent des idées défendues par les praticiens. Nous sommes d'accord « dans le fond » et ce n'est pas au moment où la lutte s'engage sur le terrain qu'il avait désigné, que le Corps médical va abandonner sa volonté de *réalisateur*.

***

L'importance du facteur économique. L'orientation de la lutte antituberculeuse vers la médecine sociale aura une grande influence sur l'exercice de la profession médicale.

Cette conception sociale de la lutte antituberculeuse a des conséquences faciles à prévoir; elle met en jeu des facteurs économiques qui, eux-même peuvent *lourdement influencer la profession médicale.*

Nous avons vu que la première tentative d'application du plan établi par la Commission officielle antituberculeuse avait été faite par l'Assis-

(1) Voir no 11 du 1er juin, p. 517 ; no 12 du 15 juin, p. 568 ; no 13 du 1er juillet, p. 614; no 14 du 15 juillet, p. 654.

tance publique. C'est à cette administration que l'on s'est adressé, en aiguillant l'action de la lutte dans la classe pauvre. Mais il serait puéril de croire que la lutte s'engagera seulement sur ce terrain. Elle doit forcément déborder, par ailleurs : la tuberculose n'étant pas l'apanage d'une classe et la défense sociale ne pouvant se localiser facilement. Déjà, avant la guerre, nous savons quelles difficultés rencontraient les médecins. L'ancienne clientèle s'effritait devant les facilités d'accès de certaines consultations.

En dehors des groupements sociaux qui tentaient de se servir du médecin comme d'un agent de propagande, ou d'une « prime » à clientèle, des groupements s'étaient créés dont la conséquence était de placer, entre le médecin et le malade, la réserve d'un coffre-fort. Les Mutualités s'efforçaient d'assurer le risque maladie.

C'est l'assistance-maladie qu'évoque immédiatement la lutte antituberculeuse ; c'est, d'autre part, le fonctionnariat. Et déjà, nous voyons apparaître des organisations d'Etat et des organisations patronales. Car le « risque » connu, apprécié, fait naître l'assurance. Et l'on annonçait, ces temps-ci, la création d'une sorte de consortium de grosses firmes industrielles pour cette organisation. Plusieurs millions sont déjà souscrits. On s'apprête à prendre la charge de réparer « l'outil » que la misère et le bacille ont brisé. Peu nous importe l'intention ; ce n'est pas le moment de rechercher les causes et de lever le masque de certaine philantropie.

Mais, nous savons que si la guerre a fait quelques riches, elle a fait de plus nombreux pauvres, et que ce courant qui pousse l'homme à s'associer pour partager et éloigner le risque, s'accentuera. Nous le souhaitons ; nous n'avons jamais cessé de suivre ce courant-là et c'est pourquoi nous croyons qu'il faut en envisager, de plus en plus, les conséquences. Ce serait la fin de la médecine si nous acceptions d'être ballottés et exclus en tant que collectivité technique de la lutte contre la maladie.

Nos cadres sociaux auront subi un trop rude coup pour que la médecine puisse s'exercer comme autrefois, pour que nous puissions éviter les collectivités et l'Etat. Nous ne pouvons pas accepter d'être éloignés ; d'être hors la lutte et de jouer le rôle de l'ouvrier dans l'usine, ou du fonctionnaire dans l'administration ; d'être un rouage sans âme ; d'être à la merci d'un patron ou de l'Etat.

La guerre a désaxé bien des choses, précipité la solution de certains problèmes dont les données se dégageaient lentement.

L'Etat, dont la puissance augmentait, a grandi ; il domine aujourd'hui et commande ; il concentre beaucoup de pouvoirs entre ses mains.

Il faut, d'autre part, que la tuberculose soit combattue, qu'elle le soit avec *vigueur* et avec *efficacité.* Elle ne peut l'être qu'avec de puissants concours financiers et une bonne organisation technique. L'argent ne peut guère être fourni que par l'Etat. Et non seulement nous n'avons pas à nous opposer au courant social qui pousse vers l'assurance, mais nous devons nous y associer.

La médecine subira, de ce fait, une orientation nouvelle, c'est évident ; mais il vaut mieux que cette orientation soit donnée par les médecins et découle des faits que si elle provient d'une leçon tirée des évènements, par des « Administratifs » non techniciens. C'est le Corps médical qui doit évoquer devant lui le problème de la tuberculose et trouver les solutions qui s'imposent, *à la réalisation desquelles il prendra une part active.*

En pareille matière, le problème ne doit pas être, pour l'Etat, l'occasion d'exploiter une profession, ni pour une profession, l'occasion d'exploiter l'Etat. Il est tout entier dans ces termes : organisation d'une lutte efficace, c'est-à-dire au double point de vue médical et social ; *utilisation maxima, pour un rendement maximum, de l'action des médecins et de l'État.*

En Allemagne, l'organisation créée repose sur l'Assurance : c'est une forme qui aboutit au salariat pour le médecin. Et, il reste à savoir quels résultats cette organisation a donnés. Sur ce point, les statistiques sont, évidemment, trompeuses et je ne crois pas, avec M. Honnorat, qu'il faille mettre en balance les statistiques avec le seul effort d'assurance sociale. L'Allemagne s'est prodigieusement développée ; le bien-être général s'est accru suivant naturellement l'effort industriel et commercial. La tuberculose a, de ce fait, tendance à diminuer ; c'est, au moins, l'un des facteurs qu'il faut envisager. Il y en a d'autres, d'ordre moral, d'ordre social. I est possible que l'Allemand, moins individualiste et moins prévoyant — au sens où nous l'entendons, c'est-à-dire sous forme d'accumulations de réserves improductives — ait attaché à la valeur travail, c'est-à-dire à la santé, plus de prix que le Français, amateur de vie facile. Il est certain que la formation des familles est un facteur de solidité ou de faiblesse. En tout cas, la preuve n'est pas faite que l'organisation allemande est excellente. Les résultats en sont indécis et encore incomplets. Enfin, il ne paraît pas que les procédés allemands doivent s'adapter à une mentalité française et à nos mœurs.

En Angleterre, la chose est trop récente pour que l'on puisse sérieusement en mesurer les résultats. Les médecins anglais s'insurgent et il semble bien que par cela même, l'organisation de la lutte soit à réviser ; car, on ne voit pas très bien fonctionner un système semblable contre l'assentiment des techniciens. Or, à moins de fonctionnariser tous les médecins, il est impossible

de faire quoi que ce soit sans le concours du plus grand nombre.

Il y a l'organisation américaine sur laquelle je ne suis pas documenté. Mais, de toute façon, il faut s'inspirer, en pareille matière, des *faits*, *étudier les divers facteurs locaux* avant de procéder à une *réalisation* dont la méthode peut, elle, s'inspirer des exemples de réalisation à l'étranger. La solution d'un problème ne saurait être copiée sur la solution d'un autre problème dont les données diffèrent.

***

Les conflits d'avant guerre faisaient prévoir la solution au problème que les praticiens avaient déjà examiné.

Avant la guerre, pareils problèmes se posèrent avec moins d'acuité et nous avons assisté à de multiples conflits « d'adaptation ».

Il est dans le cadre de notre Société de voir des groupements d'hommes se former pour la défense commune; devant eux, les isolés sont des victimes. Et ces multiples phénomènes réactionnels s'intriguaient, en quelque sorte. C'est de cette multiplicité des aspects d'une même question q'une hésitation a pu naître. Et il y a peu de temps que les médecins réagissaient sous forme d'action syndicale. Pendant des années, ils ont éludé le problème qui s'est posé vaguement pour eux, sous forme humanitaire et charitable : inconsciemment, le praticien était « attaché » à l'œuvre par son cœur.

Mais la charité n'est qu'une expression d'un état qui a des causes et ces causes grandissaient. Une autre forme a fait suite à celle là et, peu à peu, nous nous sommes trouvés devant un état de fait qui obligeait le médecin à négliger l'aspect technique devant l'aspect utilitaire. Dans l'état actuel de l'exercice médical, s'il fallait établir le bilan des responsabilités, il apparaîtrait certainement que les phénomènes économiques, purement matériels, ont joué le rôle capital. Quelle que soit la genèse de cet état, le fait qu'il existait avait placé, non plus le médecin, mais le Corps médical, devant le problème de l'organisation de la médecine sociale.

Et, dans les divers Congrès des praticiens qui ont précédé la guerre, le problème de l'organisation technique d'ensemble était évoqué sous différents aspects : enseignement, assistance, etc. ., par la *collectivité* médicale.

Les solutions proposées ont toutes été dictées par les mêmes faits; elles émanent d'une direction commune.

La guerre ne fait donc que poser, avec plus de précision, sous une forme plus aiguë, la question de la lutte antituberculeuse.

Nous n'allons pas laisser passer les évènements. Et c'est bien à nous, Syndicats médicaux, expression technique de la collectivité médicale, d'étudier et de résoudre cette question. Les deux facteurs de réalisation sont donc l'argent et la médecine, c'est-à-dire l'Etat et les Syndicats médicaux.

***

L'Etat peut-il organiser la lutte antituberculeuse?

De ces deux puissances, État et Corps médical, l'État apporte l'argent; l'État et, ajoutons à l'État, quelques grosses sociétés financières comme le Comité des Forges. Et encore, pouvons-nous considérer comme à peu près négligeables, dans la lutte antituberculeuse, beaucoup de puissances capitalistes particulières. Quelques millions ne représentent qu'une goutte d'eau dans la masse des capitaux nécessaires à l'organisation d'une lutte sérieuse contre la tuberculose.

Depuis la guerre, le budget consacré à la tuberculose « de guerre » représente une vingtaine de millions, 25 peut-être, chaque année.

Ce n'est rien, ceci ne représente qu'une partie infime de ce qui est nécessaire. L'assistance aux tuberculeux est à peu près inopérante aujourd'hui. Ce n'est pas en se bornant à hospitaliser des malades pendant trois mois, et en leur distribuant, ensuite, des crachoirs de poche, en leur apportant le sourire, la visite et les conseils des dames visiteuses que l on a résolu le problème.

Il faudra aller, chaque jour, plus loin, fournir une sorte *d'hospitalisation à domicile*, assurer la vie du malade et de sa famille, leur logement, subvenir à leurs besoins, *pendant des années*. Puis, les suivre encore et quand le succès sera obtenu, leur préparer une existence adaptée à leur capacité de travail, les guider comme un tuteur ferait de ses pupille. Pour une seule famille d'un seul tuberculeux, *c'est souvent plusieurs milliers de francs qu'il faudra dépenser*. Ce ne sont plus des millions, *mais des milliards qu'engloutira, chaque année, une organisation sérieuse*.

Nous n'avons pas le droit de l'ignorer et nous ne pouvons pas nous laisser entraîner dans une pareille affaire sans connaître les besoins financiers auxquels il faudra faire face. Est-ce une raison pour reculer? Nullement. Quel que soit le prix de la lutte antituberculeuse, il le faudra payer, puisqu'aujourd hui, la lutte est indispensable, qu'elle est urgente, et la nation qui aura dépensé des milliards pour la guerre saura faire les sacrifices nécessaires pour conserver la santé publique dans la paix. Elle y sera poussée par son intérêt bien compris et, en pareille matière, l'intérêt est de faire bien pour faire efficace.

Mais l'on ne doit pas ignorer que les quelques millions, annuellement inscrits au budget d'aujourd'hui, représentent une simple indication d'effort. Ceci, dans les conditions où nous sommes

actuellement, en face de la tuberculose, c'est-à-dire tant que la tuberculose restera une maladie contre laquelle nous ne possédons pas d'agent spécifique. A ce point de vue, la situation est exceptionnelle; elle n'est pas comparable, par exemple, à la situation actuelle concernant la syphilis.

L'action antisyphilitique est affaire de simple éducation et de *méthode;* elle n'engage que des frais limités et elle est presque tout entière du domaine médical; on peut prévoir dès maintenant l'arrêt et l'extinction de la syphilis.

Il serait, au moins, imprudent d'attendre la découverte de remèdes spécifiques contre la tuberculose, et c'est bien avec les armes que nous possédons aujourd'hui que nous devons barrer la route à l'infection. Mais si nous sommes tous d'accord sur tous les moyens à employer, si le plan de campagne est établi, il reste à examiner comment l'action doit être et va être engagée.

***

Comment l'Etat, puissance d'argent, peut-il organiser la lutte antituberculeuse? ce qui revient à poser cette question, d'abord : l'Etat, peut-il, seul, organiser la lutte antituberculeuse. Il faut chercher, dans les faits, la réponse; car l'Etat a pris la charge de la santé publique et il a fait déjà quelque chose. Qu'a-t-il fait? Il a travaillé, c'est-à-dire qu'il a pris des initiatives ou construit des systèmes; et sans autre conseil que ses « conseils », sans autre volonté que sa volonté. Entendons par là que s'il a utilisé des techniciens, il leur a donné une place choisie par lui, un rôle limité, des ordres.

Il les a mis en attitude de subordonnés, non de collaborateurs; la seule initiative qu'il leur ait laissée a été dans l'exécution, non dans la conception; et encore, dans l'exécution même, l'initiative de chacun est-elle extrêmement faible. La politique, les influences, les intrigues, la crainte de déplaire ont encore rétréci la part d'initiative de chacun, et, c'est aujourd'hui, banalité que de parler de cloisons étanches. Chacun se tient dans son coin, ignorant le voisin, son horizon s'arrêtant à la cloison qui les sépare.

Le geste a remplacé l'action, un geste lui-même désordonné et pas toujours dans la direction du but.

L'Etat, c'est une « structure », c'est une « Administration » avec ses « fonctionnaires ». Et l'Administration a aussi créé des mentalités spéciales, conséquence de son organisation, de ses manières d'être, de ses méthodes.

(A suivre.) R. L.

Mutualité Familiale du Corps Médical français

Réunion du Conseil d'Administration.

25 juin 1918.

Présents : MM. Mignon, Gassot, Nollet et Huguenin.

Excusés: MM. Maurat, Vimont, Noir et Duchesne.

En l'absence de M. Maurat, la séance est présidée par M. le Dr Nollet; M. Huguenin remplit les fonctions de secrétaire.

Indemnités-maladies.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

2 Maurat	Oise	13 jours	130 »
11 Barthez	Aude	3 mois	300 »
31 Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34 Parmentier	Ardennes	3 mois	300 »
41 Rigabert	Charente-Inférieure	1 mois et 20 jours chr.	166 60
47 Roudouly	Tarn-et-Garonne	23 jours	230 »
80 Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100 Coqueret	Aube	3 mois	300 »
105 Collot	Loire-Inférieure	60 jours + 29 jours chr.	696 55
106 Roger	Ille-et-Vilaine	2 mois et 5 jours chr.	216 65
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
171 Laguens	Gironde	3 mois	300 »
173 Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
180 Hie	Calvados	2 mois et 6 jours chr.	220 »
186 Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
195 Hervier	Cher	48 jours	480 »
209 Decléty	Pas-de-Calais	17 jours	170 »
228 Tacheron	Aube	48 jours	480 »
243 Perret	Drôme	20 jours + 2 mois et 10 chr.	433 40
247 Doret	Loiret	3 mois	300 »

268 Dodet	Yonne	43 jours	430 »
276 Liaudet	Rhône	4 jours	40 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
356 Lop	Bouches-du-Rhône	60 jours	600 »
357 Mathieu	Paris	3 mois	300 »
432 de Lagoanère	Gironde	27 jours	270 »
485 Debains	Manche	59 jours	590 »
549 Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
564 Dengler	Jura	1 mois et 15 jours chr.	150 »
590 Laisné	Paris	1 mois et 4 jours chr.	113 30
597 Sellerin	Aube	3 mois	300 »
608 Leter	Paris	14 jours	140 »
638 Campuzan	Lot-et-Garonne	21 jours	210 »
681 Piot	Loire	26 jours	260 »
688 Monmarson	Paris	35 jours + 1 mois et 25 jours chr.	533 25
764 Hameau	Gironde	60 jours + 1 jour chr.	603 30
770 Caudron	Paris	3 mois	300 »
839 Girodolle	Corrèze	18 jours	180 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
870 Lemoine	Nièvre	34 jours	340 »
873 Massol	Var	8 jours	80 »
878 Sallé	Somme	3 mois	300 »
888 Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
910 Mendel	Paris	3 mois	300 »
912 Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
939 Toupance	Yonne	1 mois et 4 jours chr.	113 30
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
965 Mitifiot	Bouches-du-Rhône	37 jours	370 »
1008 Lemesle	Indre-et-Loire	60 jours + 1 mois	700 »
1045 Guny	Oise	1 mois	100 »
1140 Cabanès	Paris	18 jours	180 »
1177 Glatard	Oran	3 mois	300 »
1272 Molinéry	Hautes-Pyrénées	2 mois	200 »
1294 Freyche	Ariège	35 jours + 1 mois et 25 jours chr.	533 25
1308 Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	21 jours	210 »
1369 Boissat	Isère	7 jours	70 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1454 Valot	Haute-Saône	29 jours	290 »
1467 de la Tour	Charente-Inférieure	40 jours	400 »
1530 Legourd	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1566 Leconte	Paris	8 jours	80 »
1573 Lecouillard	Manche	1 mois et 5 jours chr.	116 65
1625 Staïcoff	Isère	2 mois et 3 jours chr.	210 »
1675 Frénel	Oise	1 mois	100 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1793 Conte	Aude	3 mois	300 »
1822 Robert	Indre	3 mo s et 6 jours chr.	320 »
1826 Allemand	Drôme	32 jours	320 »
1860 O'Followell	Paris	21 jours	210 »
1864 Marion	Yonne	16 jours	160 »
1936 Deswarte	Nord	3 mois	300 »
1944 Duprat	Lot-et-Garonne	53 jours	530 »
		Total	21.376 25

Combinaison P.

Le Conseil vote le remboursement de la somme de 2.473 francs à la succession de M. le Dr Leconte, à Paris.

Cette somme sera payée sur la production des pièces justificatives.

Combinaison V.

Le Conseil alloue une somme de 150 francs à

Mme Vve Beauxis-Lagrave et une somme de 150 francs à Mme Vve Lepage pour leur pension du deuxième semestre de 1918.

Ces sommes leur seront payées sur la production d'un certificat de vie au 1er juillet.

Caisse de secours.

Le Conseil adresse ses remerciements à MM. les Drs : A. Gassot, de Chevilly; Lop, de Marseille; Barthey, de Narbonne; Bonnefous, de Rodez; Layral, de Saint-Étienne; Casset, d'Alger; Armand, d'Albertville; qui ont continué à verser la double cotisation ainsi qu'à MM. Borie, de Chevanceaux; Secheyron, de Toulouse; Delahousse d'Allouagne et à Mme Jeanne qui ont fait des dons à la Caisse de secours aux sociétaires victimes de la guerre.

Le Secrétaire, Dr Huguenin. — *Le Président,* Dr Nollet.

LIBRES PROPOS

La réorganisation de l'enseignement supérieur.

Est-il permis sans être exposé à la prison de penser que la guerre aura une fin ? Je prends la précaution de ne pas prononcer le nom de P..., (1). Alors il faudra bien songer à construire ; il sera et même il serait utile d'y penser toujours et d'en parler souvent. J'offre à la méditation de nos amis les praticiens ces lignes que je lis dans le *Mercure de France* du 1er avril 1918 page 193, sous la signature de Georges Bohn.

« Ce qu'il (M. Max Leclère, *in :* la formation des « ingénieurs à l'étranger et en France) dit au sujet « des écoles techniques supérieures allemandes « est particulièrement intéressant. Toutes ces « écoles sont autonomes et jouissent de la liberté « économique. L'accès en est libre, *sans concours.* « L'enseignement n'a pas un caractère encyclo- « pédique. Les programmes n'ont qu'un carac- « tère obligatoire. Chaque élève choisit librement « les cours et exercices pratiques auxquels il dé- « sire assister et peut même changer d'école au- « tant qu'il veut. Beaucoup vont suivre dans les « *diverses parties* de l'Allemagne, les cours des « professeurs les plus réputés. Les professeurs « sont choisis sans règle fixe parmi *les personnes* « *qui se font une notoriété par leurs travaux* et « souvent même parmi les industriels de renom. « Ils ont une *situation pécuniaire et sociale consi-* « *dérable.* »

Qu'avons-nous demandé depuis plus de 25 ans? la suppression des concours, la large rémunération des professeurs, la nomination parmi ceux qui ont acquis une notoriété par leurs travaux et enfin la décentralisation. Tel a été notre programme avant la guerre, tel il sera après la guerre; d'autres qu'on ne peut pas accuser d'être jaloux ou ratés l'écrivent; il faudra bien que l'on se rende compte de la nécessité d'utiliser *tous* les Français pour la lutte économique et non quelques mandarins seulement de la capitale, quelque méritants d'ailleurs qu'ils puissent être. Nous sommes trop heureux de les compter parmi les forces bienfaisantes de notre expansion pour songer à les éliminer, mais nous voulons leur adjoindre toutes les autres forces, fussent-elles modestes.

Pour la décentralisation, nous sommes heureux de constater un progrès. Nous lisons au bas de la même page :

« Dans nos Universités de Nantes, Grenoble, « Toulouse, Lyon, Nancy, etc., des hommes de « science ont compris la nécessité de renouveler « leurs méthodes, de tendre la main à l'industrie, « de travailler pour elle. Là, grâce à une étroite « collaboration entre les industriels et les sa- « vants, il s'est créé en toute liberté, sous l'impul- « sion des initiatives individuelles et des besoins « constatés, une heureuse floraison d'instituts « qui sont des organismes bien vivants, en plein « développement organique, et dont on peut at- « tendre beaucoup. »

Souhaitons également l'union des professeurs et des praticiens pour développer notre enseignement supérieur de la médecine et pour créer des instituts de recherches scientifiques. Pour cela il faut encourager les travaux personnels et non l'habileté de récitation, et surtout *très bien* payer les savants pour leur permettre de se livrer à leurs recherches sans souci matériel. Il faut que sans titre, rien que par la notoriété due à ses travaux, le plus modeste praticien puisse devenir professeur à la Faculté de médecine et membre de l'Institut.

Il faut que chacun sache qu'en travaillant, il peut s'élever au premier rang et cela quel que soit le lieu où il travaille, petit chef-lieu de canton ou grandes villes, et sans perdre des années à préparer des concours.

Ce que nous voulons, c'est le concours sur titres, uniquement sur titres, ouvert à tous.

Les résultats obtenus en France par les facultés des lettres et des sciences, le Collège de France et le Muséum d'histoire naturelle et ceux obtenus à l'étranger pour la médecine sont là pour prouver l'excellence de la méthode.

Robert Sorel.

(1) Oui, mon cher correspondant, il est permis de dire ici que la guerre aura une fin. Mais cette fin que nous désirons et que nous voulons fermement, ne saurait être que le triomphe du Droit, de la Justice et de la Liberté. Nous ne pouvons concevoir ici une autre fin de la guerre, quelles que soient les épreuves que nous soyons encore appelés à subir. J. N.

Réunion du Groupe médical Parlementaire.

Le *Groupe Médical Parlementaire* s'est réuni le 20 juin à la Chambre, sous la présidence de M. le Dr Chauveau, Sénateur.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Lecture est faite de l'ordre du jour de l'Association générale des médecins de France remerciant le Groupe de ses diverses interventions en faveur du corps médical. Il est décidé que cet ordre du jour sera annexé au procès-verbal de la séance.

« L'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, réunie le 21 avril 1918, remercie le Président et les membres du Groupe médical parlementaire de ses diverses interventions en faveur des intérêts légitimes du Corps médical, et est persuadée qu'ils continueront dans l'avenir à se faire, de plus en plus, les interprètes des vœux et desiderata des médecins dans les questions médicales d'intérêt national, sur lesquelles le Corps médical peut faire entendre une voix compétente. » Drs Zipfel et Decourt.

Sur le vœu concernant les médecins mobilisés qui font de la clientèle civile, M. Merlin fait observer que quelques médecins mobilisés, dans certaines villes, prennent leurs dispositions pour s'y implanter définitivement; ils ont location, plaque et sonnette de nuit sur la rue, heures et jours de consultations, etc...

Il demande : 1o Que le Sous-secrétaire d'Etat au Service de santé fasse faire une enquête sur les cas signalés; 2o Que le Sous-secrétaire d'Etat au Service de santé déplace immédiatement tous les médecins qui seraient signalés comme se livrant à cette tentative d'accaparement de clientèle.

M. le Président demande qu'on fasse signer un engagement à tous les confrères de ne pas s'installer après la guerre, dans les villes où ils ont été mobilisés.

A propos de cet engagement et de sa valeur réelle, une discussion s'engage. MM. Chauveau, Merlin, Doizy, Peyroux, Navarre, Amodru, Laurent, y prennent part.

On décide de demander à l'Union des syndicats médicaux l'avis de son Conseil juridique sur la valeur du susdit engagement et les sanctions qu'il pourrait comporter.

A propos de la relève régulière et du déplacement semestriel obligatoires des médecins mobilisés dans les villes de l'intérieur, M. Merlin croit qu'il y aurait certains inconvénients, au moins pour les spécialistes, ceux de la prothèse faciale notamment, à faire des déplacements si fréquents.

Le Président croit, au contraire, que même pour les spécialistes, il n'y a pas d'inconvénient sérieux à leur remplacement par des confrères exerçant la même spécialité.

Le Groupe émet également le vœu que les honoraires touchés par les médecins mobilisés faisant de la clientèle civile soient versés (après payement des frais justifiés) à la caisse médicale de secours de guerre pour les confrères mobilisés.

— Représentation de la Presse médicale au Comité de la presse.

Le Groupe décide de suivre cette question malgré le refus du ministre du Commerce. Il demandera au Dr Granjux des renseignements précis sur le nombre et l'importance des journaux, revues, leur tirage, etc., afin d'en faire état, lorsqu'il renouvellera ses démarches auprès de M. Clémentel.

— Pour les soins à donner aux invalides et blessés de la guerre et les tarifs d'honoraires à percevoir, le Groupe adopte les desiderata de l'Union des Syndicats médicaux. Le libre choix des médecins, sans tarif forfaitaire doit être adopté.

M. le Président s'entendra avec le Sous-secrétaire d'Etat à la guerre, M. Ignace, pour obtenir des promesses formelles à cet égard. Au besoin, il voudra bien déposer un amendement dans le sens indiqué, sauf à le retirer après déclarations suffisantes du ministre.

— Pour le vœu tendant à faire accorder un troisième galon aux médecins de bataillon et un quatrième galon aux médecins de régiment, le Dr Peyroux fait observer que la rédaction proposée est irrégulière et sera inefficace. Il est certain que ces deux catégories de médecins ont été considérablement lésés par la guerre; il propose de rédiger le vœu dans la forme suivante :

« Le Groupe médical demande à ce qu'il soit
« tenu un plus grand compte de l'ancienneté de
« grade, et des charges de famille, pour nommer
« au grade supérieur les médecins aides-majors
« de 1re classe et les médecins majors de 2e classe.
« Ces deux catégories de médecins ayant eu leurs
« intérêts considérablement lésés par la guerre,
« le Groupe invite le ministre a faire des nomina-
« tions plus rapides et plus nombreuses. »

— A propos des rapports de M. Mourier et de M. Lachaud sur la réorganisation du Service de santé, M. Merlin fait observer combien il est anormal de fixer par des chiffres précis le nombre des médecius de hauts grades (généraux inspecteurs 10, généraux de brigades 20, etc.,).

Ces chiffres seront exagérés en temps de paix et insuffisants en temps de guerre : le nombre de médecins militaires devant rester fonction du chiffre des troupes.

Le Groupe décide de se borner à réclamer l'autonomie du Service de santé.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie Thiron et Franjou
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arrt)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE N° 16 15 AOUT 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)


NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES & MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 gram 3f50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
TOXIQUE
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
GYNÉCOLOGIQUE
PRIX 3.50
SOINS
DE LA FEMME
NÉOLIDES H.B
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME et HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren. Paris.

Quarantième année — N° 16 — 15 Août 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

A nos lecteurs 715

Propos du jour.
La lutte antituberculeuse. Encore la déclaration obligatoire. Désinfection et séquestration des tuberculeux 715

Partie Scientifique.

Chirurgie de guerre.
Blessures de guerre de la verge, indépendantes du canal 718

Revue des Sociétés Savantes.
La formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses. — Traitement du paludisme. — Sialophagie d'origine centrale. — A propos des sérums. — Le lipo-vaccin anti-typhoïdique. — A quel âge vacciner les nouveau-nés. — Hémiplégie par plaque de méningite tuberculeuse. — Fréquence actuelle de l'angine de Vincent. — Pneumonies de nourrissons imputables aux descentes dans les caves 724

Notes pratiques d'un médecin du front.
L'imperméabilité des capotes de soldats 726

Bibliographie.
Les enfants de Bordeaux aux Eaux de Barèges 726

Notes de pratique quotidienne.
L'albuminurique et son albuminurie 729

Correspondance.
Chacun à sa place. — L'affectation des médecins R. A. T. à l'intérieur — Pour la formule : « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ». — Les tribulations d'un R. A. T. affecté à sa résidence. — Le problème économique de la vie chère pour les médecins mobilisés. Une solution. — L'affectation des vieux R. A. T. à leur résidence du temps de paix. — *La réponse d'un étudiant au Dr R.* 730

Le Livre d'or du corps médical français.
Un vaillant : Fils de médecin décoré 736

Partie Médico-Militaire.

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : La libération des vieilles classes. — Un simple mot et des chiffres à propos de la répartition des médecins d'après leur classe de mobilisation et leur âge. — Les études médicales des étudiants mobilisés. — A propos de l'avancement. — Les vieilles classes. — Doléance d'un médecin d'infanterie 739

Documents officiels.
A l'*Officiel :* Loi du 27 juillet 1918 relative à l'avancement des aides-majors inaptes. — Décret au sujet des Pharmaciens docteurs en médecine. — Une circulaire au sujet des hospitalisations trop prolongées 745

Partie Professionnelle.

Accidents du travail.
A propos du tarif des accidents du travail 746

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux (*Suite*) 747

Intérêts professionnels.
Qu'attend le Corps médical pour demander le relèvement des tarifs d'honoraires de l'Assistance médicale gratuite et des accidents du travail ? — *Le relèvement des tarifs de l'Assistance médicale gratuite* 748

Nécrologie 750

A NOS LECTEURS

Plusieurs de nos abonnés nous ont exprimé le regret des retards survenus dans l'arrivée de leur journal. Nous leurs devons des excuses et quelques explications.

Le *Concours Médical* était imprimé depuis sa création à Clermont de l'Oise. Les événements militaires de ces derniers mois ont obligé notre imprimeur à quitter Clermont, où il ne pouvait plus effectuer un travail régulier, et à venir provisoirement s'installer à Paris. Nous ne parlerons que pour mémoire des difficultés considérables que nous avons eues à trouver le papier nécessaire à notre publication, de la dispersion des membres de notre rédaction et de notre administration, du bombardement dont les obus sont parfois tombés jusque sous nos fenêtres; tout ceci indique les obstacles qu'il nous a fallu vaincre et les frais supplémentaires que nous avons dû supporter pour maintenir le *Concours Médical.*

Aussi nous espérons que ces épreuves seront prises en considération par nos lecteurs et les inciteront à quelque indulgence.

J. N.

PROPOS DU JOUR

La lutte antituberculeuse. Encore la déclaration obligatoire. Désinfection et séquestration des tuberculeux.

M. Vidal, d'Hyères, correspondant national de l'Académie de médecine, vient d'adresser à cette savante Compagnie un mémoire intitulé : *La lutte contre la propagation de la tuberculose des organes de la respiration*, qui a été présenté à la séance du 16 juillet 1918.

Ce mémoire, certes, n'apporte pas une solution nouvelle de la question. Il est néanmoins intéressant de le parcourir et d'en souligner quelques passages.

M. Vidal, d'Hyères, nous rappelle que « avant la guerre, ce moderne minotaure (la phtisie) dévorait déjà chaque année plus de 84.000 adultes français des deux sexes ». Il pense que ce chiffre va et ira encore en augmentant. Ce qui ne nous paraît pas douteux.

D'après M. Vidal, d'Hyères, c'est la proportion considérable des tuberculeux parmi nos

jeunes soldats qui provoqua la première intervention des Pouvoirs publics.

« Suivant les conseils éclairés de M. Léon Bourgeois, *qui a été sans conteste le protagoniste de la lutte contre la tuberculose,* de M. Brisac, etc..... » (c'est M. Vidal, d'Hyères, qui parle), on a créé un Comité supérieur à Paris et des Comités départementaux pour assister les réformés tuberculeux dans leurs familles « en attendant la création d'un certain nombre de dispensaires qui devront plus tard pourvoir à tous leurs besoins ». Souhaitons que nos malheureux réformés tuberculeux ne soient pas tous décédés quand fonctionneront efficacement les dispensaires.

M. Vidal d'Hyères, convient que cette œuvre « a besoin de certaines améliorations » mais qu'*elle n'en fait pas moins le plus grand honneur à ses éminents fondateurs* ». Nous pourrions cependant prouver par de trop nombreux exemples recueillis chaque jour dans les familles que nous avons coutume de soigner, que ce qui a été tenté jusqu'à présent est fort peu de chose. D'ailleurs, M. Vidal, d'Hyères, convient quelques lignes plus bas que, tant au point de vue de l'armée que de la population civile, « il nous reste encore beaucoup à faire » ; nous dirons, nous, qu'il reste tout à faire.

M. Vidal, d'Hyères, réclame l'adoption de certaines mesures de prophylaxie générale. Voyons lesquelles :

Il demande, pour l'armée, un fonctionnement plus méthodique des conseils de révisions, une réorganisation complète de ces conseils, et l'examen plus minutieux des conscrits, dans de meilleures conditions d'observation.

Nous sommes absolument d'accord avec lui.

Mais où nous différons radicalement, c'est quand il paraît vouloir faire graviter la prophylaxie antituberculeuse autour « du droit de désinfecter d'office les logements des tuberculeux » et quand pour arriver à cette opération décevante, il réclame encore la *déclaration obligatoire de la tuberculose* et la libération du médecin du secret professionnel pour ce cas particulier. Cette question a été si souvent traitée et si négativement solutionnée que nous pourrions dire à M. Vidal (d'Hyères) qu'elle manque d'actualité et que cette discussion qui, à l'Académie même, date d'hier, ne saurait être reprise aujourd'hui. Mais il y a de ces opinions, de ces préjugés que l'on croit morts et enterrés et qu'il convient de tuer de nouveau chaque jour ; nos lecteurs nous pardonnerons donc de revenir sur ce sujet.

Pour le secret médical dans la phtisie, M. Vidal (d'Hyères) fait allusion aux aliénés et semble croire (ce qui semblera très discutable à tout aliéniste) que la loi délie le médecin du secret à l'égard de l'aliéné et que le fait de délivrer un certificat pour faire interner ce dernier, est une violation du secret médical.

M. Vidal, d'Hyères, se figure que c'est parce que la déclaration obligatoire de la tuberculose n'est pas imposée par la loi, et à cause du secret professionnel, que l'on ne peut faire de la prophylaxie utile.

« Comme par le passé, s'écrie M. Vidal, d'Hyères, il nous serait interdit de faire pénétrer d'office l'air et la lumière dans ces alcôves homicides que nous savons tapissées par les expectorations pyo-sanguinolentes et souillées par les déjections de toute une série de tuberculeux qui sont venus y respirer les germes de leur maladie ! Comme par le passé, la loi ne nous imposerait pas l'obligation de désinfecter ces antres de la tuberculose qui sont devenus eux-mêmes tuberculeux !

Ce serait, s'il en était ainsi, à douter du bon sens ou de la bonne volonté de nos hygiénistes et de nos législateurs. »

Nous, nous ne voulons douter du bon sens, ni de la bonne volonté de personne mais nous nous permettrons de demander aux hygiénistes convaincus de l'efficacité des désinfections officielles s'ils disposent pour désinfecter « les alcôves homicides » et les « antres de la tuberculose qui sont devenus tuberculeux » de procédés de désinfection d'une action suffisante et indiscutable. Et, en supposant l'existence hypothétique de ce procédé, nous désirerions savoir comment on pourrait mettre à l'abri de la contamination ces « alcôves » et ces « antres » habités par des tuberculeux pulmonaires chroniques, qui mettent cinq ans, dix ans, quinze ans, parfois plus de vingt ans à mourir, tout en expectorant, pendant cette longue période, des crachats chargés de bacilles. Notons, en outre, qu'en France le nombre de ces tuberculeux, atteint s'il ne le dépasse, le demi million.

La désinfection du taudis est d'une notoire insuffisance : il faut une mesure plus radicale, *il faut sa disparition.* Comme Diverneresse en a émis ici même l'idée, il y a quelques années, la location des immeubles qui doivent être habités, est une industrie comme une autre, et l'Etat a le droit de veiller à ce qu'elle ne soit ni incommode, ni insalubre, et qu'elle ne puisse devenir un danger social. Une loi pourrait imposer aux propriétaires des maisons à louer un minimum de conditions de salubrité, comme dans les villes qui se respectent, des règlements de police imposent le tout-à-l'égout ou des cabinets d'aisances offrant des conditions hygiéniques suffisantes. L'Etat pourrait encore exiger que le nombre de pièces et leur cubage fussent proportionnels au nombre des membres de la famille, devenue locataire d'un appartement. Ce serait le seul moyen de faire disparaître les « alcôves homicides » et les « antres tuberculeux ». Alors, quand le phtisique pourra être isolé dans une chambre, qu'il sera assisté matériellement et moralement par un dispensaire, le désinfecteur pourra intervenir avec un peu plus d'efficacité, sans que cependant il convienne de trop s'illusionner sur son action qui, pour être efficace, demanderait à être continue. Et quand on aura fait l'éducation hygiénique du peuple, comme le demande M. Vidal (d'Hyères) avec beaucoup de raison, il ne sera nullement besoin de déclaration obligatoire, ni de violation du secret médical pour obtenir la prophylaxie.

M. Vidal (d'Hyères) nous signale l'émotion des Conseillers généraux du département du Var, qui s'étonnent du développement de la tuberculose dans leur beau pays.

En vérité, à qui incombe le mal dont ils se plaignent ? Est-ce que les habitants de la côte méditerranéenne ne font pas le possible pour y attirer les tuberculeux ? Est-ce que toutes les stations sanitaires que comptent la plupart des villes et beaucoup de villages de cette région, se sont organisées suffisamment pour assurer l'assainissement et même la désinfection relative des logements dont la location aux tuberculeux constitue une industrie prospère pour ce pays ?

Vous voulez éviter la propagation de la tuberculose, dirons-nous à nos ministres, à ceux qui l'ont été, à ceux qui désirent le devenir, à nos parlementaires, à tous nos élus, à nos administrateurs, commencez d'abord par donner l'exemple autour de vous, dans vos propres demeures, dans vos administrations.

Assurez d'abord l'hygiène de vos hospices, de vos hôpitaux, de vos bureaux, des locaux que vous ouvrez au public, de vos bureaux de postes, de vos écoles, de vos lycées qui même et peut-être surtout à Paris, laissent plus qu'à désirer. Chassez-en la poussière, nettoyez les carreaux des fenêtres pour permettre aux rayons purificateurs du soleil d'entrer.

Ne laissez pas les infirmières tuberculeuses s'étioler jusqu'à la cachexie dans les salles de malades où elles constituent un danger.

Ne permettez pas à l'instituteur tuberculeux de continuer sa classe à son détriment et en faisant courir des risques sérieux de contamination à ses jeunes élèves. Ne laissez pas s'aggraver la tuberculose au début chez vos fonctionnaires des deux sexes, qui cultivent leurs bacilles dans l'air confiné de leurs bureaux poussiéreux, altéré encore davantage par la tolérance absurde qui permet souvent d'y fumer. Considérez l'infirmière, l'instituteur, même le fonctionnaire, qui deviennent tuberculeux, comme des victimes de leur profession, des accidentés du travail, absolument comme les réformés n° 2 de la guerre pour cause de tuberculose ; assurez leur la vie au grand air, le sanatorium, le repos auxquels ils ont droit.

Quand vous, Etat, Administrations, Assistance publique, Départements, Municipalités, vous aurez fait cela ; vous serez en droit, d'en exiger autant des Administrations privées, du Commerce et de l'Industrie. Vous pourrez songer à exiger que le boulanger qui pétrit notre pain, le boucher qui découpe notre viande, le cuisinier qui au restaurant prépare nos aliments, le confiseur, le pâtissier qui fabriquent des gâteaux et des bonbons pour nos enfants, la laitière qui manipule le lait pour nos nourrissons, ne sèment pas en éternuant et en toussant des germes de mort dans les aliments que nous et les nôtres consommerons chaque jour ; que le tailleur, la lingère qui, souvent travaillent en chambre, ne laissent pas s'infecter sur le lit souillé d'un phtisique, les vêtements que nous mettons à nos enfants. Quand vous aurez supprimé le *taudis* et l'*alcoolisme*, quand vous aurez doté les villes et les villages d'habitations hygiéniques à bon marché,

quand vous aurez adjoint à l'école le parc ou le terrain de jeux indispensable; alors nous examinerons sans difficulté la nécessité de la déclaration obligatoire et l'utilité de la violation du secret médical.

Pour faire tout cela, pour remplir le programme complet de la lutte antituberculeuse, il faut, nous le savons, de l'argent, beaucoup d'argent. L'exemple de la guerre terrible qui nous a été imposée et que nous avons soutenue, montre que l'on peut en trouver. La France à bout de souffle, nous objectera-t-on, ne pourra à l'avenir disposer des milliards nécessaires pour assurer la prophylaxie sociale comme elle l'a fait pour lutter contre l'envahisseur.

Nous répondrons, nous praticiens, à ces contradicteurs de courte vue : Si la construction des canons et des obus, que nous ne devons pas regretter, puisqu'elle nous a permis d'assurer notre indépendance et celle de toutes les nations, se traduit par un sacrifice sans autre profit, il n'en est pas de même de la lutte contre les fléaux sociaux. Les tuberculeux, hospitalisés ou assistés, grèvent lourdement les fonds de l'Assistance, et la maladie et la mort de personnes jeunes, en pleine activité de production, sont des pertes considérables pour la Société et pour la Nation.

L'argent qui servira à la prophylaxie antituberculeuse ne sera pas de d'argent sacrifié, mais bien un fond placé à très gros intérêt. Et nous sommes certains que M. Vidal, d'Hyères, correspondant national à l'Académie de médecine, dont nous ne contestons pas les excellentes intentions, voudra bien sur ce point être de notre avis.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CHIRURGIE DE GUERRE

Blessures de guerre de la verge, indépendantes du canal.

Par M. le Dr F. Cathelin

Médecin-major de Territoriale,
Médecin-chef de l'Hôpital complémentaire n° 54,
Chef du Service Central d'Urologie de la Ve Région.

Les blessures de guerre des organes génito-urinaires externes ont été très fréquentes et notre résistance de Verdun est encore venue augmenter le chiffre des statistiques anciennes, datant de la Marne et de l'Yser, mais ce n'est qu'à la fin de la guerre où les statistiques générales données par le Service de santé militaire pourront avoir de l'intérêt dans la gamme des plaies par appareils et par segments.

Elles participent, pour moitié, dans notre statistique des blessures des différents segments de l'arbre urinaire et elles nous intéressent d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, il est possible d'y remédier, en particulier par des opérations autoplatisques, et de corriger des difformités vraiment pénibles.

Elles sont donc extrêmement fréquentes surtout au pénis, aussi est-il inexact d'écrire avec Willems que « la région pénienne de l'urètre est rarement atteinte ».

Cette fréquence avait d'ailleurs été déjà observée il y a longtemps par notre grand Dupuytren qui, à leur sujet, s'exprimait ainsi :

« Les plaies par armes à feu des organes génitaux *sont en nombre immense* dans les combats « réguliers aux armées; elles ont été aussi très « nombreuses à Paris dans les journées de juillet.

« Un boulet ou un biscaïen, en frappant les « parties génitales peut les détruire en totalité ou « presque en totalité. Nous avons eu l'occasion « de voir il y a un an environ à l'Hôtel-Dieu un « malade qui, pendant les guerres de l'Empire, « avait eu la verge emportée complètement à sa « racine par un biscaïen.

« On pourrait croire que la blessure des corps « caverneux devrait être suivie d'une hémorragie « très grave. Cela n'est pas toujours ainsi. La « balle en atteignant ces parties, les cautérise « pour ainsi dire. Le froissement de l'orifice des « vaisseaux et l'escharre qui est à leur surface « s'opposent à l'écoulement du sang et on est « rarement obligé d'avoir recours soit à la cautérisation, soit à la ligature pour y mettre obstacle.

« Les blessures profondes des corps caverneux « par des balles, accompagnées nécessairement « d'une grande perte de substance, sont suivies

« après la guérison, d'une difformité de la verge « et d'une érection difficile ou nulle, même d'un « côté ou de l'autre (1) ».

Dans la grande majorité des cas, ces plaies ont atteint le *canal de l'urètre* en déterminant d'autres blessures de voisinage au bassin et à la racine des cuisses.

On conçoit leur importance *immédiate* et *tardive*, du fait qu'il s'agit d'organes jouant un rôle fondamental dans le mécanisme des émonctoires et des déchets et dont les atteintes frappent toujours si douloureusement le moral des hommes, enfin d'organes qui jouent un rôle capital dans la procréation de l'espèce.

Leur intérêt s'amplifie de ce fait que de tout temps, la perspicacité des chirurgiens s'est ingéniée à trouver des procédés et des méthodes permettant de réparer tant les malformations congénitales (2) que les défectuosités acquises de ces organes et il est certain que de ce côté cette guerre aura fait faire un grand pas à la thérapeutique des fistules uréthrales par l'application à ce conduit de ce que j'appelle *la méthode de l'inversion cutanée*, dont l'idée première remonte à Reybard.

Les blessures du pénis peuvent être divisées en :

1° Blessures superficielles, en séton, du gland ou du fourreau avec ou sans fistule préputiale;

2° Blessures des corps caverneux uni ou bilatérales avec inclusion de corps étrangers métalliques ;

3° Blessures de la gaine spongieuse de l'urètre avec inclusion de menus projectiles.

4° Déformations traumatiques : dépouillage de la verge ou luxation du pénis et adhérences tractiles.

5° Amputation du pénis immédiate ou secondaire.

En dehors de cette division purement *anatomique*, il est encore possible de faire une division *étiologique* suivant les différents *modes de blessures* et nous avons alors :

1° Des blessures *directes* venant d'éclats d'obus frappant le pénis ou la région périnéale ;

2° Des blessures *indirectes* résultant de *balles* ayant traversé transversalement tout le bassin et qui dans leur passage ont lésé le canal.

3° Des blessures *secondaires* comme les ruptures sous-cutanées sans plaies, par commotion.

Ces blessures sont souvent associées à des blessures concomittantes des testicules et beaucoup ont nécessité cette bienfaisante dérivation de la taille hypogastrique qui, chez des individus jeunes, ne comporte aucun pronostic d'aggravation.

(1) *Plaies de la verge et de l'urètre par les armes à feu*, par Dupuytren, in-Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre, t. II, p. 509 et suivantes.

(2) Dr F. Cathelin *Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire*, 550 pages et 201 figures. 2e *édition* chez Baillière, Paris.

Alors que les opérations de débridement des plaies doivent être hâtives et primitives, les opérations secondaires de réparation doivent être très *tardives* afin de permettre aux tissus de reprendre toute leur souplesse et de constituer de bons lambeaux favorables aux accolements.

Mais, avant de donner de plus amples détails sur les déductions que suggère cette étude, voyons d'abord le plan que nous avons suivi pour classer toutes les variétés anatomo-pathologiques qu'il nous a été donné d'observer.

A. — Prépuce et fourreau.

En dehors du *séton de fourreau* qui est le cas élémentaire on peut ramener à trois les blessures de ces organes.

1° *Fistule préputiale.*

La fistule préputiale, quoique infiniment moins importante, doit prendre place à côté des fistules urétrales puisque dans un de nos cas, elle induisit un de nos confrères en erreur.

Le malade était, en effet très phimositique et l'urine sortant par le vrai méat refluait par la fistule préputiale du dos de la verge, donnant l'illusion d'une vraie fistule urétrale transcaverneuse, rubrique sous laquelle il nous était envoyé.

Nous en avons observé deux cas.

Le traitement est fort simple. Il ne consiste pas comme nous l'avons vu faire dans des autoplasties qui ne réussissent jamais, et pour cause, mais bien dans la *circoncision* aussi large que le permet le siège de l'orifice.

2° *Cicatrices vicieuses et tractiles de voisinage.*

Elles amènent des déformations plus ou moins pénibles et qu'il nous faut réparer, soit que la verge sort tractée en haut, ou incluse en bas dans les tissus des bourses ne montrant qu'un moignon informe, soit qu'elle soit soudée latéralement à la peau du ventre et des parties voisines, toutes lésions déterminant des troubles et des douleurs dans *l'érection.*

Le traitement est simple et repose sur les quatre principes suivants :

a) Débridement losangique de la cicatrice ou section tranversale qui fait bailler la plaie qu'on suture alors dans le sens perpendiculaire à la section.

b) Dissection du noyau fibreux, s'il existe.

c) Libération des tissus profonds voisins de façon à donner à l'organe toute sa liberté d'allure.

d) Massages secondaires précoces et modérés afin d'éviter de nouvelles adhérences profondes.

J'en ai opéré plusieurs cas avec un plein succès, dont deux les 25 mai 1915 et 1er août 1916

qui présentaient à la racine de la verge des noyaux fibreux cicatriciels tractant le pénis qui devenait surtout douloureux dans l'érection.

3° Dépouillage de la verge ou luxation du pénis au travers du fourreau.

Il s'agit là d'une difformité extrêmement curieuse, née de la guerre.

Ce sont des cas fréquents dont j'ai vu sept spécimens et qui sont évidemment les cas simples des cas complexes.

Ils réalisent cette difformité à laquelle j'ai donné le nom de *dépouillage de la verge* et qu'on a aussi appelée *luxation du gland au travers de son fourreau* (Mauclaire).

Il s'agit de blessures par balle ou par éclats d'obus qui ont littéralement dépouillé la verge de son fourreau, lequel tout entier, y compris le prépuce, vient se placer à côté du pénis dont il n'est plus rattaché que par la base et comme à titre d'*annexe*.

Quand on observe ces blessés pour la première fois, on se demande comment une telle mutilation a pu se produire sans déterminer des troubles plus grands du côté des corps caverneux et au premier abord, l'aspect de la région déconcerte.



Fig. 1. — Un cas-type de dépouillage de la verge (forme non adhérente).

Or, un cas curieux que j'eus l'occasion d'observer en juillet 1916 sur un blessé de Verdun m'en a donné l'explication qui semblait énigmatique, car j'eus la bonne fortune d'en *surprendre* en quelque sorte le *premier temps*.

J'ai pu ainsi me convaincre que le phénomène ne pouvait se produire que chez un homme *antérieurement phimositique* et jamais chez ceux dont le gland était normalement découvert.

Dans le cas auquel je fais allusion, l'éclat d'obus avait « raboté » toute la face supérieure du pénis jusqu'au canal, fistuleux en deux endroits.

Le gland avait été respecté sous le prépuce intact et une fente large et elliptique laissait voir, comme par une fenêtre, la moitié seulement de la face supérieure du gland.

Il aurait suffi au traumatisme d'anticiper un peu sur le prépuce pour que le gland soit venu faire hernie par la brèche amorcée et pour que le prépuce fût venu se placer sur le côté opposé du pénis.

C'est donc bien dans ces cas rares de *dépouillage de la verge*, le prépuce *excédent* qui vient après avoir décoiffé le gland, constituer la tumeur latérale.

Il en existe deux formes cliniques que nous étudierons successivement.

a) Forme non adhérente : Résection orthopédique. Deux cas peuvent d'ailleurs se présenter : ou bien le fourreau seul est en cause, ne recouvrant plus le pénis, *qui a conservé toute sa liberté d'allure*, ou bien le fourreau est d'un côté, la verge de l'autre plus ou moins blessée et adhérente aux régions voisines (ventre, pubis, etc.) ; elle était comme soudée, dans un de nos cas, avec la peau de la fosse iliaque droite. Cette distinction est formelle : car dans un cas on peut faire une *opération orthopédique* de simple *excision cunéiforme*, sans conservation possible et utile d'une peau qui *a perdu droit de domicile*; dans l'autre, il faut garder précieusement le *fourreau aberrant*, car il va servir à parfaire l'autoplastie quand la verge, libérée de son attache anormale, va être redressée et dont la surface cruentée va nécessiter une étoffe de recouvrement.

J'en ai opéré six cas.

b) Forme adhérente : Autoplastie.

Nous en avons observé un cas pénible qui guérit à la première autoplastie :

Il s'agissait d'un blessé de 22 ans, que j'opérai le 15 juin 1915, qui présentait un dépouillage complet de la verge et une adhérence totale de celle-ci à la paroi abdomino-scrotale droite.

Un débridement de cette région redressa le pénis, mais nous nous trouvions en présence d'une large plaie cruentée qu'il fallait recouvrir. Nous utilisâmes pour cela le prépuce excédent; nous le sectionnâmes en trois tranches, de façon à faire un véritable trèfle qui vint contourner la verge en l'étoffant pour lui reconstituer une sorte de fourreau; puis, pour fermer la brèche inférieure, nous fîmes d'une part descendre la peau du ventre et, d'autre part, ascensionner la peau des bourses.

Le résultat fut de tout point remarquable et l'aquarelle de ce blessé a été déposée au Musée du Val-de-Grâce.

B. Gland et corps caverneux.

Nous pouvons, comme dans le paragraphe précédent, diviser les lésions de ces organes en trois classes :

1° *Séton du gland.*

C'est la lésion élémentaire. Elle peut se compliquer d'une lésion du canal et dans un cas même, chez un phimositique à double fistule latérale que nous avons opéré, nous avons vu la muqueuse préputiale pénétrer et se souder dans le tissu glandaire, à la manière d'un cordon de sonnette, en obstruant le canal.

Dans un autre cas, l'abrasion du gland *au niveau du méat* avait déterminé une atresie secondaire presque complète.

Enfin, tout dernièrement, nous vîmes un blessé dont le gland tout entier était divisé en deux valves, comme un livre.

2° *Plaies et corps étrangers des corps caverneux.*

Nous avons eu plusieurs cas de plaies des corps caverneux. Elles ont l'aspect *champignoneux*, résultant d'une hernie du tissu spongieux au travers de son enveloppe fibreuse et d'un large extravasat sanguin à leur surface. On ne les traite pas autrement que les autres plaies. Elles guérissent d'ailleurs vite et les malades, dans les cas de lésions unilatérales, peuvent conserver l'érection de jadis, seulement amoindrie.

Quant aux corps étrangers, Morestin a signalé une balle de schrapnell, ce qui, comme il le fait remarquer, est assez aisé à enlever, et nous avons nous-même observé des éclats métalliques qu'il est infiniment plus difficile d'extraire, même après radiographie.

Dans mon cas, les éclats au nombre de quatre, sans compter la poussière métallique avoisinante, étaient très irréguliers, avec des crêtes pointues qui mettaient le malade dans un continuel état de priapisme, cause déterminante de l'intervention.

La pression des doigts au-dessous du noyau réactionnel, nettement senti, suffit à faire une hémostase suffisante et on se trouvera bien, dan

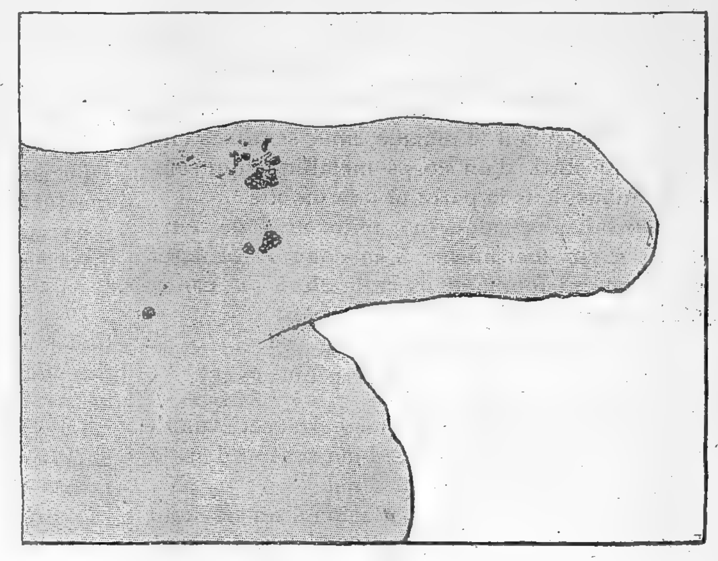


Fig. 2. — Calque radiographique d'éclats métalliques dans les corps caverneux (Priapisme).

l'exérèse, de la petite pince à disséquer à 9 dents des oculistes, dont nous nous servons couramment pour les autoplasties génitales fines.

Le saucissonnage de la verge sur des compresses avec un fil de coton double est le meilleur des pansements occlusifs.

3° *Corps étrangers de la gaîne spongieuse.*

Nous avons eu l'occasion d'en opérer un cas intéressant où la radiographie montrait deux

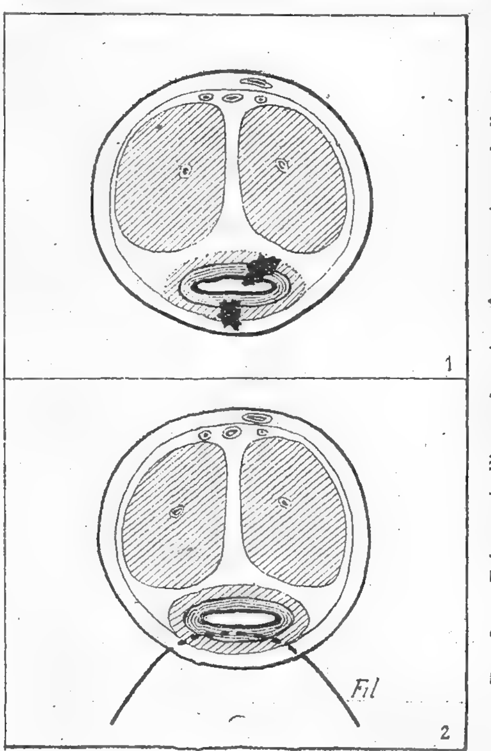


Fig. 3. — Eclats métalliques dans la gaîne spongieuse de l'urètre.

petits éclats mal supportés et semblant situés à la périphérie du canal.

Une incision sur l'un d'eux, l'inférieur, permit de nous rendre compte qu'il était enchâssé dans l'épaisseur même de la gaîne comme le montre la figure ci-jointe, et nous ne pûmes retirer l'autre, dont nous perdîmes la trace à l'exploration.

Mais en sondant le malade, nous sentîmes l'irrégularité dure d'un corps métallique qui semblait inclus dans la paroi et non mobile.

Nous laissâmes alors une filiforme à demeure qui, par un mécanisme bien connu, fit migrer cet éclat qui tomba dans la lumière du canal, d'où le malade le pissa.

C. Amputation incomplète du pénis.

Nous ne citons que pour mémoire cette mutilation, puisqu'elle peut aussi bien rentrer dans le cadre des traumatismes du canal.

Nous faisons seulement allusion à un cas dont toute la verge était sectionnée *en dehors du canal*, pendant misérablement et dont le blessé ne voulut pas accepter l'amputation.

Bien lui en prit, car le tout se recolla parfaitement.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'un jeune blessé allemand, mutilé de la plus affreuse façon, avec les deux testicules arrachés, le scrotum largement ouvert, la verge sectionnée en dehors d'un petit lambeau de peau, celle-ci maintenue rectiligne par une sonde à demeure ne tarda pas à se recoller malgré un exsudat gris-verdâtre que nous respectâmes et qui pouvait autoriser tous les doutes dans une conservation possible.

***

Si donc nous laissons de côté les fistules urétrales (1) dont le nombre a été très grand au cours de la guerre, nous voyons que les traumatismes de la verge, indépendamment même du canal, ont été aussi très fréquents puisque, dans notre statistique personnelle, nous en relevons 20 cas sur plus de 100 cas de blessures génitales externes. Il s'agit en général de blessures légères, qu'il est possible de réparer en restant toujours guidé par deux idées dominantes que nous devons considérer ici comme des postulats, d'une part le *principe de la conservation à outrance*, et d'autre part le *sentiment de l'esthétique* que justifie le rôle tout particulier de ces organes.

(1) Lire mon Rapport sur les *Autoplasties des fistules de l'urètre*, lu et discuté au Val-de-Grâce le 27 octobre 1917 à la réunion des Chefs de Centre d'urologie. In *Journal d'Urologie*.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses. — Traitement du paludisme. — Sialophagie d'origine centrale. — A propos des sérums. — Le lipo-vaccin anti-typhoïdique. — A quel âge vacciner les nouveau-nés. — Hémiplégie par plaque de méningite tuberculeuse. — Fréquence actuelle de l'angine de Vincent. — Pneumonies de nourrissons imputables aux descentes dans les caves.

MM. Mestrezat, Bouttier et Logre présentent à l'*Académie de médecine* une étude sur la *formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses*.

Dans les commotions nerveuses par choc de guerre, sans plaie extérieure, MM. Mestrezat, Bouttier et Locre ont constaté, à l'examen du liquide céphalo-rachidien, une formule cyto-chimique anormale caractérisée essentiellement par de l'hyperalbuminose isolée de toute autre modification. Cette formule, rencontrée dans 80 % des cas, est importante à connaître au point de vue médico-militaire et médico-légal. Elle disparaît habituellement au bout de quelques semaines ou de quelques mois; parfois, elle persiste indéfiniment.

— M. Stéphane Gréhant lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement du paludisme*.

M. S. Gréhant conseille le traitement suivant dont il a fait usage, avec un succès constant, pendant neuf années de pratique coloniale:

1° Tout paludéen dont la température monte à 39°, s'il n'a pas d'albuminurie, reçoit en injection intra-musculaire, pendant trois jours et à vingt-quatre heures d'intervalle, une dose de 0 gr. 75 à 1 gr. de sulfate de quinine.

2° Si, au bout de quelque temps, un nouvel accès se produit, on doit pratiquer une seconde série de trois injections, aux mêmes doses.

— M. Hayem fait à l'*Académie de médecine* une communication sur la *sialophagie d'origine centrale*.

La sialophagie est un état morbide dans lequel les malades remplissent d'air leur tube digestif en avalant une quantité plus ou moins considérable de salive aérée. Cette sialophagie (ou hypersialophagie) est un trouble extrêmement fréquent.

On la trouve à l'origine de la plupart des dyspepsies flatulentes. Elle a pour point de départ — dans sa forme commune, d'origine périphérique — une irritation d'une partie quelconque du tube digestif ou de ses annexes, de l'estomac le plus souvent.

A côté de cette première forme de sialophagie, M. Hayem en décrit aujourd'hui une seconde,

d'origine centrale, conséquence d'une affection des centres nerveux.

— M. NETTER présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur une demande du ministre de l'Intérieur ainsi énoncée : *à quels produits doit-on réserver la qualification de sérums ?*

M. Netter estime que le terme de sérum thérapeutique, tel que la loi du 25 avril 1895 l'a compris, désigne seulement le sérum du sang d'animaux normaux ou ayant subi certaines inoculations de toxines ou de microbes. Seuls, de tels sérums doivent être soumis à l'autorisation préalable exigée par la loi.

Cela établi, il y aurait intérêt à donner d'autres noms aux solutions salines diverses (solution de chlorure de sodium, solution glucosée, etc.), que l'on qualifie trop souvent de sérum (sérum physiologique, sérum de Ringer, de Locke, sérum marin, etc.), par un véritable abus de langage. Les solutions en question n'ont évidemment pas à obtenir d'autorisation de la Commission académique des sérums.

— M. NETTER lit à l'*Académie de médecine* un deuxième rapport concernant une demande d'autorisation de fabriquer un *lipo-vaccin antityphoïdique et antiparatyphoïdique* présentée par M. LE MOIGNIC.

Le vaccin de M. Le Moignic diffère du vaccin polyvalent T. A. B. employé dans l'armée par la nature de l'excipient qui est un corps huileux. Du fait de cet excipient huileux, les substances immunisantes contenues dans les corps des bacilles sont résorbées plus lentement. On peut espérer introduire ainsi en une seule fois la dose nécessaire à une immunisation complète, c'est-à-dire vacciner en une piqûre au lieu de quatre.

Le lipo-vaccin de M. Le Moignic, expérimenté sur 150.000 sujets, se serait montré avantageux, au double point de vue de la tolérance et de l'efficacité. M. Netter est d'avis d'en autoriser la fabrication et le débit.

— M. WURTZ soumet à l'*Académie de medecine* la question suivante : *à quel âge faut-il vacciner les nouveau-nés ?*

Dans le règlement administratif de la loi du 15 février 1902, il est indirectement recommandé d'attendre trois mois après la naissance avant de vacciner les enfants à la mamelle.

Cette recommandation n'a guère été écoutée par les accoucheurs. M. Pinard, en particulier, s'est, il y a longtemps, déclaré partisan de la vaccination immédiate. Actuellement, l'avis des accoucheurs des hôpitaux de Paris est unanime; la vaccination précoce est pour eux la règle, sauf quelques circonstances que le simple bon sens dicte (débilité congénitale, dermites, etc.). M. Bonnaire, toutefois, ayant observé un cas de mort par hémorrhagie, à la *suite d'une vaccination*, chez un nouveau-né hémophile, conseille d'attendre le huitième jour, l'hémophilie se manifestant d'ordinaire au cours de la première semaine : en vaccinant le huitième ou dixième jour, on aura donc le temps d'être fixé quant à l'existence de l'hémophilie.

M. Wurtz considère, comme conclusion, que le délai de trois mois peut être réduit à huit jours après la naissance. On éviterait ainsi des faits malheureux comme celui observé à Paris il y a quelques jours: un enfant de 2 mois, non vacciné, succombant à la variole.

— M. LEGRY rapporte à l'*Académie de médecine* une observation d'*hémiplégie par plaque de méningite tuberculeuse.*

Chez l'adulte, contrairement à ce qui se passe en pathologie infantile, la méningite tuberculeuse affecte assez fréquemment des formes localisées, circonscrites à un point de l'écorce, avec, comme expression symptomatique, le tableau des altérations en foyer.

M. Legry en rapporte un exemple, chez une femme de 34 ans. La malade entra à l'hôpital pour une hémiplégie simple, sans signe de méningite (pas de vomissement, ni de Kernig, ni de raideur de la nuque). On pensa, en raison de l'âge de la malade, de l'absence de cardiopathie, à une artérite spécifique et l'on prescrivit des injections de biiodure. C'est seulement dix jours plus tard qu'apparurent les symptômes méningés et la fièvre. La ponction lombaire montra une lymphocytose abondante et des bacilles de Koch dans le céphalo-rachidien. La patiente succomba et l'autopsie révéla un placard granuleux, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, sur l'hémisphère droit.

— MM. COURCOUX et DEBRÉ signalent à la *Société médicale des hôpitaux* la *fréquence actuelle de l'angine fuso-spirillaire dans l'armée.*

L'angine fuso-spirillaire de Vincent semble être actuellement, dans le milieu militaire, en recrudescence, sans que des causes précises puissent être invoquées pour expliquer cette fréquence. MM. Courcoux et Debré signalent aussi une forme récidivante de la maladie, dont ils rapportent plusieurs exemples.

— MM. NETTER et TRIBOULET lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur *vingt-et-un cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie de nourrissons, imputables aux descentes dans les caves.*

Ces cas concernent des nourrissons de quelques mois et ils ont comporté 7 décès. L'influence étiologique du refroidissement ayant été ici évidente, ils s'ensuit que des mesures de protection doivent être prises, chez les nourrissons en pareille circonstance.

P. L.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le médecin-major A. Satre.

L'imperméabilité des capotes de soldats.

Pendant l'hiver de 1870, on protégea les soldats contre les pluies en recourant à des procédés simples et peu coûteux d'imperméabilisation, qui rendirent, en particulier, de bons services à nos gardes nationaux.

Le procédé général, connu depuis longtemps, consiste à tremper l'étoffe dans la solution d'un sel d'aluminium qui forme dans les tissus une sorte de savon d'alumine, sur lequel glisse l'eau qui tombe, sans pénétration des fibres.

A cet effet, on peut recourir à la formule suivante, qui nous a donné d'heureux résultats :

Acétate de plomb	100 gr.
Alun	100 gr.
Eau	10 litres

Tremper l'étoffe, bien exprimer et laisser sécher.

Nous avons aussi utilisé cette autre recette :

Gélatine	250 gr,
Savon neutre	250 gr.
Alun	350 gr.
Eau	10 litres

Faire fondre la gélatine et le savon dans l'eau chaude. Ajouter l'alun, plonger l'étoffe dans la solution. Ensuite, faire sécher.

L'imperméabilité ainsi obtenue n'est que temporaire; mais il est facile de la renforcer, dès que le besoin s'en fait sentir.

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les enfants de Bordeaux aux Eaux de Barèges (1), par le Dr R. Molinery, conseiller technique à l'hôpital militaire.

Après avoir constaté la difficulté où l'on se trouve quelquefois en physiothérapie balnéothermale d'altitude, de départager les résultats que l'on doit aux Eaux, au climat, à l'héliothérapie, l'auteur entre dans les détails du traitement suivi à Barèges.

(1) Extrait, avec de nouvelles notes, du numéro de juin 1918 du *Journal de médecine de Bordeaux*.

Le Dr Molinéry souligne que la piscine d'eau courante (36°) est, pour les petits malades, le mode balnéatoire le plus employé et le plus efficace : à la piscine, il est souvent adjoint la douche « Tambour » (45°) que les enfants, *de façon générale*, supportent mieux que l'adulte.

Les enfants boivent à Barèges ! Pour beaucoup, c'est une révélation. Boire à Barèges ?.. Il y a cependant 180 ans que Bordeu, puis un peu plus tard, Christophe Meighan, ont « posologué » la quantité d'eau à absorber en vingt-quatre heures, entrant même dans les détails du rite !.. A cette époque, l'on coupait l'eau sulfurée de lait frais, de sirop de guimauve, mais surtout d'extrait de cochléaria. Depuis la découverte, en 1880, de la *source nouvelle* « SULFO-ARSÉNICALE », cette source a la préférence, justifiée, de ces petits malades.

L'auteur publie le résumé de ses fiches qui porte sur 80 malades.

Donnons seulement ici le nom et le chiffre des affections traitées :

Affections ganglionnaires	27
Anémie prétuberculeuse	13
Affections de l'œil : iritis, taies, ulcères, blépharites	12
Ostéites tuberculeuses	8
Adénites cervicales suppurées	6
Fractures douloureuses	4
Ecthymas	3
Paralysies infantiles	3
Incontinences nocturnes d'urine	3
Scolio-cyphose avec engorgement des ganglions mésentériques	1

Les résultats (guérison ou amélioration) constatés, au retour à Bordeaux par les chefs de service, sont de 80 %.

Ce que fait Bordeaux, systématiquement, pourquoi d'autres villes importantes ne l'entreprendraient-elles pas ?

Sans doute « L'ŒUVRE DES ENFANTS A LA MONTAGNE » a déjà donné de beaux résultats. Mais pourquoi ne pas envoyer dans les diverses stations du Centre, du Sud-Ouest ou des Alpes, ces milliers d'enfants, hérédo-syphilitiques, hérédo-tuberculeux qui, *soignés convenablement dans les stations dont ils relèvent,* pourraient, une fois guéris, aider à la reconstitution de la France de demain ?..

La Croix-Rouge américaine qui, d'emblée, est entrée dans le mouvement « de puériculture » déclanché par nos maîtres, il y a vingt ans, mais dont les résultats ne furent point en raison directe de leurs efforts, devrait, à notre avis, orienter une partie de son action de ce côté-là. Nous lui signalons que nous connaissons de magnifiques établissements dans les Pyrénées, le Plateau Central, où 300 enfants pourraient être facilement installés. Nous serions heureux d'être leur guide dans le choix à établir. J. N.

AVIS

Le Docteur St-René Bonnet, médecin consultant aux eaux de Châtel-Guyon et définitivement rentré à Châtel-Guyon, a l'honneur d'informer ses confrères qu'il y a repris ses consultations thermales suspendues depuis 1914.

DEMANDES ET OFFRES

N° 68. — Stérilisateur Poupinel cuivre rouge au gaz avec boîte pour instruments. Faire offre Dr Devilliers Dourdan (Seine-et-Oise).

N° 69. — Pour cause de santé, clientèle de 22 ans dans plage très fréquentée à 4 km. de petite ville, côte de la Manche à céder pour une année de recette. Dr Letarouilly Saint-Pair-sur-Mer, (Manche).

N° 70. — Gard. On cherche remplaçant durée guerre pour faire clientèle à son compte après arrangement sur recette. Mme Champetur, 36, rue Montée-de-Lodi, Marseille.

N° 71. — A céder cabinet médical dans quartier commerçant de Paris. Clientèle assurée.

Suite page XVII.

CHLORO-CALCION

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'albuminurique et son albuminurie.

La recherche de l'albumine est un peu plus complexe que d'aucuns ne le croient.

En dehors des urates, phosphates et autres sels alcalins ou terreux, la *mucine* est une cause immédiate d'erreur à éliminer : pour cela, ajoutez une goutte d'acide nitrique et filtrez.

A quelle sorte d'albumine avons-nous à faire ? *sérine, globuline, nucléo-albumine ?*

Pour diagnostiquer les deux premières, utilisez le sulfate de magnésie qui précipite la globuline.

Or « la Sérine est l'albumine du Brightique ». La Globuline est plus spéciale aux néphrites aiguës ou accompagnant les maladies toxi-infectieuses.

La nucléo-albumine est la signature d'une désintégration cellulaire.

On a décrit, nous le rappelons pour mémoire,

L'a. dyscrasique, l'a. mécanique, l'a. physio-pathologique, l'a. digestive, l'a. nerveuse, l'a. statique.

Quoiqu'il en soit, avec Jeanselme, il faut noter que la *lésion glomérulaire est constante*

A chacune de ces formes, il faut une thérapeutique causale. Mais celle-ci présentera surtout de nombreuses variantes dans le *choix du régime*. (Voir n° ultérieur du C. M.)

Une notion domine la thérapeutique de l'albuminurie :

1) La lésion glomérulaire ;

2) Le fléchissement du myocarde.

A) Alterner de dix en dix jours,

cachets de :

Tanin	0,25 cgr.
Phosphate de soude . . .	0,10 cgr.

pour 1 cachet n° 40.

4 par jour avec :

B) Convallamarine.	0,01 cgr.
Théobromine.	*0,25 cgr.*

pour 1 cachet n° 40.

4 par jour.

Au lieu d'employer l'alcaloïde du muguet, on se trouvera bien, dans certains cas, de formuler soit :

C) Extrait fluide de muguet . XXX gouttes
3 fois par jour.

(Très faible toxicité, élimination rapide, diurétique efficace, cardio-tonique trop peu usité).

D) ou encore :

Sirop iodotannique phosphaté. 200 grammes
Sirop des cinq racines . . . . 100 grammes
Extrait aqueux de fleurs de muguet. . . . . 5 grammes

4 cuill. à potage par jour.

E) Contre l'œdème persistant de l'albuminurie :

Extrait aqueux de racine de Bryone. 10 gr.
Vin blanc (vieux) de Bordeaux . . . 100 gr.

3 à 4 verres à liqueur par jour, précédés d'une tasse de lait.

F) Cure hydro-minérale : Royat, Saint-Nectaire.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Chacun à sa place.

Je vous remercie d'avoir bien voulu insérer la lettre que je vous avais adressée il y a deux mois.

Je suis heureux de vous annoncer que l'on m'a donné satisfaction. Je suis à nouveau chef d'équipe chirurgicale, et l'on m'a confié un service important.

La plaisanterie a duré trois mois et heureusement a pris fin, mais il est regrettable qu'à la quatrième année de la guerre, on agisse ainsi avec des vieux praticiens R. A. T. Dr B.

L'affectation des médecins R. A. T. à l'intérieur.

Je lis dans le *Concours* du 1er juin que le Dr Mourier prescrit que, pour l'envoi aux armées, on doit tenir compte de l'âge, des charges de famille et du temps déjà passé au front : c'est bien; mais ne pensez-vous pas qu'il serait peut-être aussi urgent de s'intéresser à ces médecins R.A.T. depuis de longs mois sur le front, et de les faire affecter à l'intérieur où c'est leur place légitime? On en parle, surtout dans votre correspondance, mais c'est tout : *vox clamat in deserto.*

En faisant fi de ces justes réclamations, on laisse le découragement s'infiltrer dans une portion importante du corps médical et c'est à mon sens une lourde faute psychologique : car, dans les moments critiques que nous traversons, nul ne saurait nier que le médecin, par l'influence considérable qu'il exerce dans tous les milieux où il se trouve, peut être un facteur important pour la bonne tenue morale de la nation.

Excusez-moi de vous livrer ces élucubrations qui, comme toutes celles du même genre, ne changeront rien aux directives du Service de santé, mais je crois qu'il est bon de dire ce que de nombreux confrères pensent d'une question dont on parle quelquefois et qu'on ne solutionnera qu'après la guerre.

Dr P.

Pour la formule : « les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ».

Après avoir été mis en congé sans solde sur ma demande, ayant été retiré des armées (cl. 87), malgré mes chefs et moi-même, pour être affecté à l'intérieur à un hôpital en PLEINE INACTIVITÉ, je suis étonné de voir que bien des médecins relativement jeunes ont été mobilisés à l'intérieur, et font la clientèle des médecins qui sont au front. Ils touchent, de ce fait, de riches honoraires qui, joints à la solde réglementaire, sont pour eux un pactole inespéré. Mais alors, pourquoi laisse t-on quelques priviligiés seuls bénéficier de cet état de choses, tandis que les médecins, esclaves de leurs devoirs et de leur conscience, sont au front (P. C. D. F.) et mettent les intérêts généraux de la Patrie au-dessus des leurs?

Maint hôpital de l'intérieur, soi-disant spécialiste, ayant à sa tête un médecin mobilisé qui n'a pas ou peu goûté du front, pourrait être dirigé avec autant de compétence par un vieux pépère revenant des armées.

Dr J.

Les tribulations d'un R. A. T. affecté à sa résidence.

Je ne suis pas un abonné de votre journal, mais je viens cependant vous exposer un fait qui me concerne. Sachant que vous êtes un grand défenseur des intérêts médicaux, vous pourrez peut-être y trouver une occasion de faire trancher un point de droit qui intéresse de nombreux confrères.

Vous connaissez la fameuse circulaire 564 Ci/7 qui a pour but de renvoyer dans leur résidence les officiers du Service de santé des classes 88 et plus anciennes.

J'ai pu rentrer ainsi chez moi, après avoir

attendu qu'une mutation m'y fasse une place. Mais, six mois après, j'ai été déplacé pour accompagner pendant son instruction, c'est-à-dire pendant plusieurs mois, la jeune classe de mon régiment. J'ai adressé une lettre au directeur du Service de santé de ma région.

Il m'a répondu qu'il ne s'agissait là ni d'une disgrâce ni d'un exil, mais que l'application de la circulaire en question était subordonnée aux exigences du service, et que mon retour serait envisagé au départ de la jeune classe. De sorte qu'un médecin qui a eu déjà de la peine à rentrer chez lui, ne jouirait d'aucun privilège de stabilité et pourrait, par la suite, être déplacé sans qu'on tienne aucun compte de sa situation spéciale. Si je reviens dans ma résidence, je pourrai encore en être éloigné, toujours pour raison de service; c'est-à-dire que la circulaire appliquée ainsi devient une véritable moquerie.

Il y a, d'ailleurs, dans la ville où j'habite, d'autres confrères, ne jouissant d'aucun droit spécial, étrangers à la localité, qui sont là depuis dix-huit mois et deux ans, qui s'y sont créés une grosse clientèle civile et qui sont persuadés de rester là jusqu'à la fin de la guerre. J'estime qu'une mutation aurait dû être faite pour me maintenir, ces médecins, ayant des emplois qui ne nécessitent aucune aptitude spéciale.

Vous comprendrez aisément que, si un supérieur peut arguer des exigences du service pour appliquer une circulaire, ce motif qui semble péremptoire et inattaquable, sera la porte ouverte aux abus et à l'arbitraire. M. le ministre de la Guerre l'a compris, il vient de menacer de peines sévères les chefs de service qui prétexteront des raisons de service pour ne pas rapprocher de chez eux les soldats du service auxiliaire à l'intention desquels une circulaire a été établie dans ce sens.

Je crois que si j'avais soumis au sous-secrétaire d'État la situation qui m'est faite, il m'aurait peut-être donné raison. Mais après la réponse que j'ai reçue du directeur, c'est assez délicat d'insister, j'aurais l'air d'être en rébellion et je risquerais de m'attirer des représailles.

Le cas que je vous soumets pouvant se présenter pour d'autres, il y aurait peut-être intérêt à le faire trancher d'une façon définitive si cela est en votre pouvoir.

Dr Z.

Réponse.

Si vous avez été mis en congé illimité sans solde par décision ministérielle, vous ne pouvez être rappelé à l'activité que par le ministre.

Mais si vous êtes resté mobilisé, tout en étant affecté à votre résidence du temps de paix, quelque étrange que cela paraisse en

égard aux circonstances, le directeur du Service de santé de votre région avait strictement le droit théorique de vous donner une autre affectation. Toutefois nous sommes convaincus qu'une réclamation adressée au ministre eut donné raison à votre légitime prétention, étant donné qu'il vous suffirait, pour l'obtenir, de demander votre radiation des cadres, ce que nous vous conseillons de faire.

Le problème économique de la vie chère pour les médecins mobilisés. Une solution.

Depuis trois mois, nous assistons dans le centre, comme presque partout, à une transformation incroyable des conditions de la vie et à une crise aiguë des logements due au tassement de notre France par suite de l'évacuation des grands centres comme Paris et Amiens. Le prix des logements surtout a au moins *quadruplé* dans les villes occcupées par les troupes américaines.

Affecté à X par suite de la cession aux Américains de l'hôpital de P..., je ne puis ici trouver un logement de quatre pièces, minimum nécessaire à un ménage avec trois enfants, *à moins de 400 francs par mois :* le plus souvent, on ne veut pas louer aux ménages avec enfants, ou on en profite pour demander 600 francs par mois.

Il est donc matériellement impossible de vivre à moins de 1.000 francs par mois, sans compter l'entretien et les frais d'études des enfants : c'est trois fois la solde de nos deux galons.

Pendant ce temps, la plupart des médecins de villes peu importantes ont leur logement inoccupé ou impossible à louer par suite de circonstances diverses : pièces trop grandes difficiles à chauffer, absence de gaz, chauffage éclaté (c'est mon cas), etc.

Au nom de tous les médecins rappelés définitivement par leur âge à l'intérieur, pour qui la vie de famille devient matériellement impossible alors qu'ils semblent y avoir droit après trois ans d'absence, je viens vous prier de vouloir bien intercéder d'urgence auprès de M. le sous-secrétaire d'État, pour qu'il lève, au plus tôt, l'interdiction admise jusqu'ici de pouvoir être affecté dans un hôpital de sa résidence si l'on n'appartient pas à la classe 88 au moins.

Ne peut-on pas étendre de suite ce privilège à tous les médecins R. A. T. relevés qui en feront la demande ?

Il est inadmissible qu'on ajoute aux conditions si dures, mais inévitables faites par la guerre, d'autres vexations dues uniquement à l'*invidia medicorum*; qu'on exige, s'il le faut, de nous des

heures d'hôpital comme de tous les mobilisés mais qu'on nous permette de consacrer nos ressources à élever nos enfants et non à enrichir des propriétaires sans scrupules.

Dr A.

Réponse.

Nous connaissons, pour en souffrir nous-mêmes, les difficultés que nous crée le renchérissement de la vie disproportionné avec les causes qui le motivent. C'est vous dire que nous nous associons pleinement à votre demande que nous avons, d'ailleurs, déjà adressée au sous-secrétariat du Service de santé.

L'affectation des vieux R. A. T. à leur résidence du temps de paix.

M. le sous-secrétaire d'État du Service de santé, par la Circulaire Ci/7 nº 564 du 30 juillet 1917, *annonçait que les médecins mobilisés des classes 1888 et plus anciennes pouvaient être affectés à leur résidence du temps de paix.*

Voici bientôt un an que cette circulaire a paru et je suis toujours éloigné de mon lieu de résidence, malgré deux demandes que j'ai faites à ce sujet.

Je vous serais très obligé de m'indiquer le moyen de bénéficier à mon tour des avantages de la circulaire de M. le sous-secrétaire d'État.

Depuis mon retour du front, je suis à M..., qui a toujours été zone des armées, où toutes les troupes dépendent du G. Q. G., et touchent les indemnités ; mais moi je suis privé de toute indemnité parce que la formation est sous la direction du G. M. P.

Je compte sur votre obligeance pour m'aider, à mon âge, classe 1888, à être enfin affecté à mon lieu de résidence.

Dr F.

Réponse.

Des décisions postérieures à la C. M. 564 Ci/7 prévoient que l'affectation d'un R. A. T. des classes anciennes, dans sa résidence du temps de paix, n'est possible qu'autant qu'il y existe une vacance médicale.

Mais vous pouvez demander votre mise en congé sans solde, ou même votre radiation des cadres, qui vous rendra votre entière liberté.

La réponse d'un étudiant au Dr R...

Le Dr R... dans un article « au sujet du referendum » a bien voulu apprendre à tous ceux qui

ont lu le *Concours* du 1er juin, qu'il avait perdu pendant un certain temps « l'habitude de penser ». Probablement de prévoir?

Obligé de battre en retraite, il avait oublié d'emporter des cuvettes et des récipients. Le Dr R... en conclut candidement « que les petits détails » ont plus d'intérêt que les grandes idées, que leur organisation est le « point le plus palpitant » de la période que nous traversons. »

Et il déclare cela au nom des humbles : qu'il permette donc à un « humble » de lui rappeler que dans la guerre de mouvement, un bidon remplace un récipient, un quart une cuvette : deux objets dont un poilu ne se sépare jamais. Quant aux pansements, ils ne manquent pas. Il suffit d'en faire emporter un petit sac à terre plein, à chaque infirmier.

. . . .

Le Dr R. donne à la question de l'affectation le deuxième rang, dans ses revendications. Sur ce point seul, nous pensons comme lui. Après quatre années de guerre, il se trouve encore de jeunes camarades, étudiants, qui n'ont vu de la guerre qu'une ambulance chirurgicale. Ceux-là n'ont rien qui leur batte sous la mamelle gauche. Ils ne « s'en sentent pas », dirait un chasseur!

Il serait grand temps que, pour leur plus grand bien, on les envoyât respirer, dans un bataillon, un air de virilité . . . .

. . . .

Donc le Dr R... voudrait organiser, mais dans le détail seulement. Son bon sens est choqué de voir de grandes idées de réforme s'exposer, se discuter, s'éclairer dans le *Concours Médical*. Pourtant les idées sont les mobiles des actes. Sans elles, on ne saurait rien prévoir, donc rien organiser.

Si une organisation de détail pèche par manque d'utilité, c'est que l'idée qui a conçu cette organisation était mauvaise. C'est cette idée qu'il faut réformer la première.

Dans la hiérarchie militaire, les idées directrices viennent du haut; c'est donc par le haut qu'il faut commencer une réforme.

Et, si des questions comme celle des « galons », de « l'autonomie », sont d'ordre secondaire, est-ce une raison pour ne point les exposer, les discuter?

. . . .

Le Dr R... réclame aussi la juste assurance de ne pas trouver sa place prise en rentrant de la guerre.

Seule, une organisation syndicale, médicale, solide, pourra lui donner cette assurance. Pour cela il faut commencer par ne pas décourager ceux qui dirigent cette organisation. Le résultat du « referendum » n'aurait-il eu que cette utilité de leur montrer combien d'adhérents les appuyeraient dans leurs revendications futures, cela prouverait assez que l'idée était bonne, point négligeable du tout.

Que le Directeur du *Concours Médical*, que ses collaborateurs veuillent bien permettre à un jeune, à un futur confrère, de leur envoyer ses félicitations, de leur témoigner sa gratitude pour cette grande œuvre syndicale, qui triomphera la guerre finie et qu'ils n'ont cessé d'améliorer, de défendre, d'organiser.

F...

Sous-aide-major aux chasseurs alpins.

Le Livre d'or du corps médical français.

Un vaillant : Fils de médecin décoré.

Tout ce qui intéresse la famille médicale intéresse le *Concours Médical* aussi. Nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs, que le deuxième fils de notre confrère le Dr Durand, de Donzy (Nièvre), le lieutenant d'artillerie Fernand DURAND, élève de l'Ecole centrale (deux citations, croix de guerre avec palme), a été décoré pour faits de guerre le 28 juin 1918 avec la citation suivante : le 3 août 1916, sa batterie, étant violemment bombardée au moment du ravitaillement en munitions, a puissamment contribué par son activité et son moral à rétablir l'ordre, se jetant lui-même à la tête des chevaux effrayés et assurant l'écoulement rapide de la colonne de voitures. Blessé grièvement et renversé sur le sol, a dirigé le départ des caissons et n'a consenti à être évacué qu'après tous les canonniers blessés et après avoir remis à son successeur la consigne des tirs.

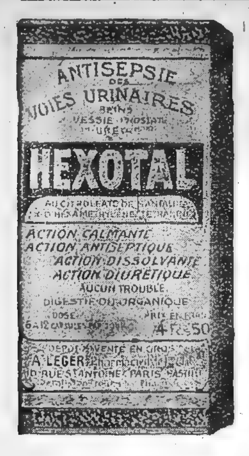
Nos vives félicitations à notre fidèle lecteur, le Dr Durand, dont les trois fils sont au front.

Citations.

Le général commandant la Région du Nord cite, à l'ordre de la Région, le

« Médecin auxiliaire, docteur en médecine, LECONTE, Jules, Pierre-Adrien, chargé du service des grands blessés : ne se départit à aucun instant de ses qualités de médecin-actif et dévoué, malgré le bombardement incessant de la ville. »

L'ANTISEPTIQUE URINAIRE IDÉAL





Le SEUL qui réunisse les avantages suivants :

1° SOLUBILITÉ DE L'UROTROPINE (syn. Hexametylène tetramine) grâce à sa combinaison avec les acides oléique et citrique, d'une innocuité absolue.

2° ACTION BALSAMIQUE du santalol, sans troubles digestifs ni maux de reins, comme en provoquent les essences de santal du commerce qui contiennent toujours des matières résineuses.

3° ENROBAGE AU GLUTEN permettant au médicament de traverser l'estomac sans troubler la digestion, ni être décomposé par elle, et assurant sa dissolution graduelle dans l'intestin grêle *(ce qu'on ne peut obtenir avec les formes liquide ou granulée).*

4° TOLÉRANCE PARFAITE quel que soit le nombre des capsules absorbées

Échantillon sur demande : **A. LÉGER, Phcien,** 10, Rue Saint-Antoine, PARIS (4e)

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gastrique MONCOUR Hypopepsie *En sphérulines dosées à o gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	EXTRAIT Hépatique MONCOUR Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr. En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr. En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	EXTRAIT Intestinal MONCOUR Constipation Enterite muco-membraneuse *En sphérulines dosées a 30 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	EXTRAIT Rénal MONCOUR Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées a 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	CORPS Thyroïde MONCOUR Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr. En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	POUDRE Ovarienne MONCOUR Aménorrhée Dysménorrhée Menopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées a 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	AUTRES Préparations MONCOUR Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La libération des vieilles classes.

Lettre ouverte à M. le Dr Louis Mourier, Sous-Secrétaire d'Etat au Service de santé.

Monsieur le Ministre
et très honoré confrère,

Au moment où, à l'occasion de l'appel de la classe 1920, se pose de nouveau devant le Parlement la question de la libération des vieilles classes de la réserve de la territoriale, nous nous permettons de faire un appel pressant à votre esprit de sagesse et d'équité en faveur des médecins mobilisés appartenant à ces vieilles classes.

Vous avez déjà pris toute une série d'heureuses mesures qui ont permis à un certain nombre de nos confrères des classes 1888 et plus anciennes d'obtenir leur mise en congé sans solde, et qui ont rappelé à l'intérieur ceux des classes moins vieilles jusqu'à la classe 1892 inclusivement.

Nous osons vous demander de vouloir bien envisager l'éventualité d'étendre ces mesures à tous les médecins R. A. T., en les autorisant à demander leur mise hors cadre pour les confrères des classes 1890 et plus anciennes, et leur affectation dans leur région d'origine, aussi proche que possible de leur résidence de temps de paix, pour les autres.

Nous vous demandons tout particulièrement de prendre en considération la situation vraiment digne d'intérêt de ceux de ces praticiens qui appartiennent aux régions envahies, et sur qui le fardeau de la guerre a pesé et pèse plus lourdement encore que sur tous tous les autres.

Le concours américain, qui se fait chaque jour un peu plus effectif, augmente parallèlement les ressources sanitaires des armées en matériel et en personnel. Et l'heure approche où l'on ne pourra plus vous objecter, pour retenir aux armées les médecins français âgés, d'illusoires nécessités d'effectifs. D'ailleurs, leur retour à l'intérieur et leur mise en congé même ne priverait par l'armée de leurs services, puisqu'il serait toujours possible, soit par voie de réquisition, soit par voie d'affectation, de les employer dans les formations, dépôts et organisations sanitaires diverses du territoire. Ils y libéreraient, en outre, les confrères plus jeunes qui s'y trouvent encore, et dont l'activité et le savoir ne manqueraient pas de s'exercer utilement dans la zone des armées. Ne serait-ce pas, au demeurant, la littérale et juste application de votre si heureuse formule : *les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière*?

Au surplus, rien ne s'oppose à ce que vous tentiez l'expérience suivante : demandez, par les moyens dont vous disposez, quels sont les médecins R. A. T. des classes 1890 et plus anciennes qui solliciteraient éventuellement leur mise hors cadre. Si le nombre vous en paraît trop élevé et incompatible avec les exigences de la défense nationale, vous le déclarerez très nettement, et nous sommes convaincus que le patriotisme dont sont animés tous les médecins français s'inclinera devant votre déclaration et fera taire leurs légitimes préoccupations d'intérêt plus personnel.

Dans l'espoir que vous prêterez une fois de plus une oreille favorable et bienveillante à la demande que nous vous renouvelons, au nom des vieux praticiens mobilisés, dont nous vous exprimons publiquement les *desiderata*, nous vous prions de daigner recevoir, Monsieur le Ministre et très honoré confrère, l'hommage de notre respectueux dévouement.

La Direction du *Concours Médical*,

15 août 1918.

Un simple mot et des chiffres à propos de la répartition des médecins d'après leur classe de mobilisation et leur âge.

La répartition des médecins d'après la classe de mobilisation, telle qu'elle est demandée par le Corps Médical, est une question de chiffres.

Il est absolument possible de les répartir de la façon désirée :

1° A l'Intérieur : R. A. T. et vieilles classes de l'A. T.

2° Aux Armées : A. T. : aux étapes et aux formations sédentaires d'armée.

Active et Réserve : A l'avant.

C'est une simple question de bonne administration et de bon vouloir. Les chiffres le démontrent.

En effet, les chiffres officiels expliquent qu'il y a :

a) *A l'Intérieur :* 7.676 médecins mobilisés;

b) *Aux Armées :* 9.972 médecins mobilisés.

Ils nous disent aussi qu'il y a 1.258 médecins militaires de carrière.

Un confrère a calculé qu'il y a, aux armées, 20 médecins par kilomètre de front, ce qui est beaucoup. Un autre a calculé (Dr C..., in *Concours Médical* du 15 juillet 1918, p. 648) que la classe 1892 compte seulement 250 médecins. Evidemment les classes 1891 et plus anciennes en comptent moins et les classes 1893-94-95 et 96 (R. A. T.) quelques-uns de plus. Mettons que la moyenne des R. A. T. des classes 1887 à 1896 incluse soit de 250, ce serait environ 2.500 médecins à rappeler à l'intérieur, peut-être 3.000 si l'on arrivait à la moyenne de 300. C'est peu. C'est faisable de suite sans désorganiser le service car on en est à la classe 1892 et il y a à l'intérieur 7.676 médecins mobilisés.

Le même raisonnement s'applique à la *répartition aux armées*, tout aussi capitale et urgente et où c'est grande pitié à tous points de vue de voir les étapes et formations d'armée diverses (telles que H. O. E. p. ex.) saturées de tout jeunes médecins dont beaucoup n'ont jamais exercé, tandis que de vieux A. T. et des R. A. T. même sont encore dans les divisions et autres formations de première ligne.

Il nous semble qu'il serait juste et salutaire d'établir un tableau d'effectifs des médecins classe par classe.

Ce serait scientifique et permettrait d'établir ensuite un tableau rationnel d'affectations des médecins, classe par classe, *d'après leur âge*.

Cette manière de faire serait conforme à la règle de notre recrutement qui dit :

Les hommes sont rappelés, en principe. en commençant par la classe la moins ancienne, et à l'axiome légal dû à l'heureuse initiative du Dr Louis Mourier :

Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière.

Ceci compléterait l'heureuse circulaire de notre distingué sous-secrétaire d'Etat au Service de santé concernant la prochaine répartition des spécialistes, parue tout récemment (1), et qui admet en le consacrant en son premier alinéa le principe de la relève *définitive* des classes anciennes de médecins

Ainsi serait résolue pratiquement cette question de la répartition et des affectations des médecins mobilisés devenue irritante après quatre ans de guerre. X.

(1) *Circulaire Minist.* du 6 juillet 1918, n° 23.237 A. 2/7 sur le Recensement des Médecins et Pharmaciens spécialisés.

Les études médicales des étudiants mobilisés.

Les hauts dirigeants de la sphère médicale du Gouvernement témoignent, en ce moment, le plus vif intérêt au jeune monde des Etudiants en médecine. Est-ce autre chose que de la réclame politique? Ils se disent empreints du désir de permettre aux Etudiants du front de prendre des inscriptions et de passer des examens. Ils décrètent que les Etudiants que leur service militaire appelle dans une ville de Faculté pourront, autant que ce service le leur permettra, y suivre des cours, y faire des exercices pratiques. On se demande alors quels sont ces Etudiants favorisés qui peuvent bien avoir leur service aussi loin du front que les villes de Faculté. On parle d'Etudiants en convalescence de maladie ou de blessure. Combien peu il doit y en avoir ? Combien peu bénéficieront de ces mesures décrétées, soi-disant en leur faveur ? On a sûrement voulu rire. Je parie qu'il n'y a pas un pour cent des Etudiants en médecine du front à pouvoir en tirer parti pour la continuation de leurs études. Ce sera encore plus illusoire que les cours de médecine organisés au front même. A-t-on fait assez de réclame avec cela? Interrogez ceux qui les ont suivis. La guerre les a mûris, ces pauvres jeunes gens; ils ont perdu leur caractère frondeur et le plus amèrement du monde, ils vous déclareront avoir perdu leur temps : ils auraient beaucoup mieux aimé rester dans leurs régiments.

Est-ce à dire que le problème est insoluble? En tous cas, ce n'est point ma solution que je viens vous proposer, je n'en ai point. C'est mon cas que je viens vous soumettre, cas qui, à des variantes près, est celui d'une foule de vos lecteurs, qui liront avec intérêt et profit les réflexions qu'il pourra vous suggérer. Peut-être même, pourrez-vous, ce ne serait pas la première fois, susciter des pouvoirs publics quelques utiles mesures.

La guerre a surpris mon fils, classe 1912, en pleine préparation de l'Internat, au cours de la deuxième année d'externat à Paris, après deux années d'externat à X. Pour cette préparation de l'Internat, comme la plupart des candidats, il avait négligé examens et inscriptions, de sorte qu'après quatre pleines années de médecine, — je ne compte pas le P. C. N. — il n'a pas encore pris toutes ses inscriptions et n'a passé que deux examens. Il est au front depuis décembre 1914; il ne l'a pas quitté un seul instant : deux ans et demi d'infanterie, un an de génie, depuis quelques

semaines dans l'artillerie de campagne où il vient d'obtenir sa deuxième citation, à la division. Voilà pour le fils.

Le père est un vieux médecin sexagénaire, épuisé par trente-cinq années de la pratique la plus active de la médecine de campagne, qui conserve quelque clientèle.

Cette clientèle vaut encore quelque chose, et je ne puis la léguer à mon fils qu'à la condition que ça ne me soit pas ravi auparavant par les médecins libérés de la guerre venant reprendre leur vie civile. D'où, pour moi, le grand intérêt que mon fils soit en état de me succéder à sa libération. Y a-t-il un moyen, sans être ni malade, ni blessé, ni auxiliaire, d'avoir un service militaire dans une ville de Faculté où il soit possible de suivre des cours, de passer des examens.

Vous m'aurez rendu un signalé service et peut-être aussi à d'autres encore en nous révélant le moyen d'atteindre ce résultat et je vous en remercie de tout cœur.

Dr O.

Réponse.

Vous trouverez dans le numéro du 1er janvier 1918 du *Concours Médical* l'exposé de nos idées sur l'organisation des études médicales des étudiants mobilisés.

Nous voudrions que tous, quel que soit le degré d'avancement de leur scolarité, puissent revenir périodiquement à l'intérieur pour y prendre des inscriptions, suivre des cours, accomplir stage et travaux pratiques réglementaires, et passer des examens.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas obtenu satisfaction. Et les récentes décisions ministérielles limitent aux seuls étudiants du service auxiliaire ou évacués du front pour blessure ou maladie, la possibilité d'obtenir l'autorisation de continuer leurs études.

Nous comprenons fort bien vos légitimes désirs, mais nous doutons que votre fils puisse profiter des mêmes avantages, dès l'instant qu'il ne remplit pas les conditions exigées; et cependant, ses deux citations qui prouvent qu'il a bravement payé sa dette à la Patrie, devraient lui donner droit à quelques facilités pour continuer ses études.

A propos de l'avancement.

C'est avec une joie très vive que, comme tant d'autres lecteurs assidus de votre si estimable Journal, je constate la réalisation de quelques-unes de vos idées sur l'amélioration du sort des braves « confrères mobilisés »... Ah! *Nous* pouvons être satisfaits de la campagne menée dans le Concours, et *Nous* vous devons une « fière chandelle... ». Mon enthousiasme est sans borne et, envers et contre tous, je défends et défendrai le *Concours médical*, reçu dans ma famille de père en fils...

Grâce à votre campagne, Monsieur le nouveau sous-secrétaire d'Etat, Dr Mourier, vient par un beau geste, de récompenser pas mal de confrères âgés, puisqu'un grand nombre d'entre eux auraient été nommés à trois galons après 10-12-15 ans de pratique. Il faut espérer que l'heureuse réforme de notre grand chef, si estimé, sera peu à peu étendue. L'idée, exprimée dans le *Concours médical*, est excellente : « Pour les *annuités* et « *l'avancement, faire rentrer en ligne de compte les* « *années de pratique médicale* »... Parfait... parfait...

1° Docteurs en médecine, ayant soutenu leur thèse en 1910, 1911, 1912, etc..., c'est-à-dire depuis 5-6-8 ans = 2 galons (avec **ancienneté réglée d'après la date de soutenance de thèse**).

2° Docteurs en médecine, ayant été reçus définitivement avant 1908 ou 1910 c'est-à-dire depuis plus de 10-15 ans = 3 galons (**avec ancienneté fixée d'après l'année de soutenance de thèse**).

Comment se fait-il que ce principe n'ait pas déjà été appliqué depuis longtemps, comme dans les armées alliées?

Il est, en effet, « bizarre autant qu'étrange », de voir quantité de jeunes médecins, ayant achevé leurs études en 1912 ou 1913 ou 1914 (ou n'ayant même pas encore leur thèse) avoir autant sinon plus d'ancienneté en grade que des collègues, bien plus âgés, et reçus docteurs en 1910-1909-1908-1905, etc.

Il y a là, après 4 ans de guerre (qui = p + 9 fois 28 jours) une anomalie et une injustice flagrantes, que M. le sous-secrétaire semble tout disposé à vouloir faire cesser peu à peu.

Donc, en principe, l'*année de la soutenance de thèse* devrait, ce me semble, régler à l'avenir l'ancienneté et le nombre de galons (sauf pour les ex-internes et chefs de clinique, agrégés, professeurs et Cie, jusqu'au jour de l'application de votre dernier référendum. Vos idées merveilleuses, à ce sujet, ne pourront guère être étudiées sérieusement qu'après la paix victorieuse.

Surtout, que l'on ne *vienne plus nous « bourrer le crâne » avec les fameuses périodes supplémentaires, souvent illusoires*, faites par certains avant la guerre.

Bien rares, en effet, sont les collègues, officiers d'avant guerre, ayant accompli plus de 2 à 3 périodes, sauf parmi les âgés.

Prenez, par exemple, deux collègues, reçus Docteurs en 1908, ou 1910 ou 1911; tous les deux ont fait leur service militaire et ont subi en temps voulu le fameux examen de médecin-auxiliaire. L'un a accepté d'être officier ; l'autre s'en

est fort peu soucié. Pour les deux, nombre de périodes égales et *règlementaires*, pas une de plus, pas une de moins. De quel droit, par conséquent, l'un et l'autre étant arrivés au même grade par suite de la durée de la guerre, le Docteur, galonné avant août 1914, a-il plus d'ancienneté que le Toubib galonné depuis la déclaration de guerre? Remarquez que bien des confrères, âgés de 33-36-40 ans, et ayant passé leur thèse en *1905-1908-1910*, voient autour d'eux quantité de jeunes collègues « équigalonnés », qui, reçus docteurs en 1911-1912-1913, sont plus anciens en grade de 2-4-6 ans et plus.

On nous a certes répété sur tous les tons que les « malins prévoyants » d'avant-guerre avaient eu la « légitime récompense d'héroïques périodes », (presque toujours *illusoires*, *inexistantes* et *non supplémentaires*) « accomplies avec le plus grand courage ». Or, les trois quarts de ces « malins prévoyants » ont fait leur service militaire, et accompli tout simplement les 2 ou 3 périodes régulières ou règlementaires, comme les collègues n'ayant pas accepté de galons. Naturellement, il ne saurait être question des « ceulx » combien nombreux, n'ayant jamais été soldats (en temps de paix, quantité d'étudiants-carabins étaient exemptés du service militaire, on ne sait ni pourquoi ni comment: piston ou camaraderie). Parmi les médecins de complément, seuls les plus âgés des galonnés du temps de paix (38 à 45 ans environ) ont parfois l'avantage de quelques rares (1 à 2) périodes supplémentaires. Mais parmi tous ceux, ayant 30-35 ans, il y a toujours égalité de temps de caserne et du nombre de périodes (*règlementaires*).

Nous comptons sur le *Concours médical* et sur M. le sous-secrétaire d'Etat pour faire cesser, après 4 ans de guerre, certaines irrégularités flagrantes.

Que parmi les Praticiens mobilisés, plus ou moins âgés, tous ceux ayant :

4 ans de front ou moins,
1 ou 2 ans de service militaire,
2 à 3 périodes règlementaires,
2-5-10-15 ans de clientèle,

et même ceux ayant peu ou pas de front, mais 5-10-15-20 ans de métier (mérite plus que suffisant pour soigner nos poilus) aient au moins les mêmes avantages que ceux de leurs collègues, parfois plus galonnés ou très souvent plus anciens en grades, QUOIQUE BIEN PLUS JEUNES.

Conclusion:

Docteurs depuis 8-10 ans et plus: trois ficelles.

Docteurs depuis moins de 8-10 ans : deux ficelles.

Ancienneté toujours calculée d'après l'année de soutenance de thèse.

Pour les anciens étudiants en médecine, (d'avant-guerre) ayant déjà 1 à 2 galons, on pourrait régler les annuités d'après l'année à laquelle ils auraient dû soutenir leur thèse sans la guerre (1915 ou 1916 ou 1917).

Pour que les médecins de carrière conservent quelques avantages, on pourrait faire compter, en plus du temps passé au Val-de-Grâce, la dernière année d'école de Lyon. Ils auraient ainsi 2 à 3 annuités d'avance sur les toubibs de réserve.

Tout cela mérite, semble-t-il, d'être examiné de près... Dr D.

Les vieilles classes.

Nous venons de recevoir la note suivante :

Le renvoi prochain des classes 88, 89 et 90 va faire de la classe 91, la plus ancienne actuellement sous les drapeaux.

N'y aurait-il pas lieu de demander, *dès maintenant*, à M. le sous-secrétaire d'État du Service de santé, l'assimilation de cette classe à la classe 88 qui était, jusqu'à ce jour, la plus ancienne? Il en résulterait que les médecins de cette classe 91 (et au besoin ceux de la classe 92) pourraient recevoir une affectation dans leur résidence du temps de paix, comme l'avait prévu pour 88 la circulaire du 30 juillet 1917.

Le *Concours Médical* me paraît tout désigné pour poser la question et faire tous ses efforts dans le but d'obtenir satisfaction pour les vieux médecins de 47 ans que nous sommes.

Doléance d'un médecin d'infanterie.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La guerre durerait-elle cent ans qu'on discutaillerait encore sur les galons, les décorations, les affectationst et la relève dans le corps médical. Je lisais récemment dans un journal qu'une cause des « fossés » existant entre combattants et médecins peut être trouvée dans la pénurie des médecins dans les unités combattantes et particulièrement dans l'infanterie. Ce journal pense que le fossé se comblerait si ce genre d'affectations était plus en honneur. Le croyez-vous? Pour ma part, je ne crois pas, d'après ce que j'ai vu, que le titre de médecin d'infanterie et surtout de médecin de bataillon soit particulièrement honoré. La preuve? Mais elle réside dans le tout petit nombre de décorations réservées à ces médecins. Je ne parle pas des médecins de l'active; mais seulement du cadre de complément.

Chacun sait qu'un médecin de bataillon ne reçoit la Légion d'honneur que s'il perd un bras ou une jambe ou tout au moins un œil. La liste des décorés est très suggestive. Pour être décoré il faut être : 1° ancien de services; 2° être médecin-chef d'H. O. E., d'ambulance, d'hôpital, etc... Vous voyez bien que le titre de médecin de bataillon n'est pas aussi en honneur qu'on veut bien le dire. A l'arrière, on donne peu de croix: 30 seulement au 14 juillet pour toute la France.

Petite Correspondance

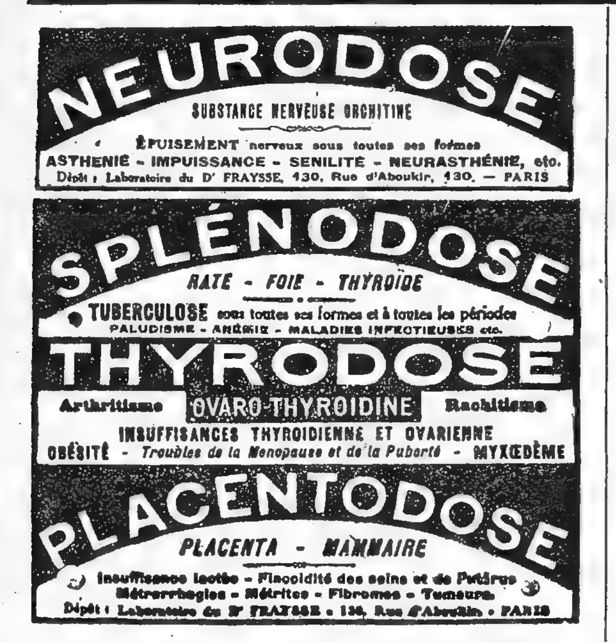
Dr S. à *Concours*. — Demande quel prix il doit réclamer pour une réduction de luxation du genou en arrière, qui n'a pu être réduite qu'avec le concours de plusieurs hommes. Nous ne pouvons évidemment que la classer dans le paragraphe 5 de l'article 12 du tarif Dubief, mais entre 40 et 125, il y a un écart sérieux : faut-il prendre une moyenne, le prix de la visite étant ici de 2 francs, ou pouvons nous demander le maximum soit 125 francs. La Compagnie nous conteste ce prix et rien n'indique dans le tarif que le prix de la visite doive servir de base pour un chiffre moyen entre 40 et 125 fr.

Donnez-nous votre avis s'il vous plaît qui sera soumis à l'expert que doit nommer le juge de paix.

Réponse. — C'est bien, en effet, le paragraphe 6 de l'article 12 du tarif Dubief qui nous semble applicable dans le cas signalé.

Quant à l'institution d'un

Suite page XIX.


NEURODOSE
SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE
ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHENIE - IMPUISSANCE - SENILITE - NEURASTHÉNIE, etc.
Dépôt : Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS
SPLÉNODOSE
RATE - FOIE - THYROÏDE
TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.
THYRODOSE
Arthritisme
OVARO-THYROIDINE
Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - Troubles de la Menopause et de la Puberté - MYXŒDÈME
PLACENTODOSE
PLACENTA - MAMMAIRE
Métrorrhagies - Métrites - Fibromes - Tumeurs.



Une seule a-t-elle été donnée à un ancien médecin d'infanterie évacué pour maladie ou simplement à cause de son âge? J'en doute. Pour être décoré, mes chers camarades, soyez « anciens de services » il vous sera alors possible « d'être très méritants et acquérir de nouveaux titres à la reconnaissance publique » dans une bonne petite formation bien tranquille. Mais fuyez. fuyez l'infanterie. Elle ne vous rapportera ni galons, ni rubans. N'oubliez jamais que nous sommes dominés par le badernisme, le tout puissant et sacro-saint badernisme qui, lui, est très ancien de services.

B. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Loi du 27 juillet 1918 relative à l'avancement des aides-majors inaptes.

Article unique. — Les sous-lieutenants et aides-majors de 2e classe à titre temporaire, déclarés « inaptes » par suite de blessures de guerre ou de maladie contractée dans les unités combattantes, seront promus lieutenants à titre temporaire au bout de deux ans de grade.

Décret au sujet des Pharmaciens docteurs en médecine.

Paris, le 20 juillet 1918.

Monsieur le Président,

Un certain nombre de pharmaciens devenus docteurs en médecine restent classés comme officiers de complément dans le cadre des pharmaciens militaires, où ils sont entrés au début de leur carrière.

Plusieurs d'entre eux ont abandonné l'exercice de la pharmacie pour se consacrer à la carrière médicale.

Leur passage dans le cadre des médecins militaires de complément offrirait un intérêt d'ordre général, les disponibilités des cadres de complément du Service de santé étant d'ailleurs moins nombreuses dans la branche médicale que dans la branche pharmaceutique.

Or, le décret du 19 juillet 1906, qui permet les changements d'arme des officiers de complément et le changement de service des officiers d'administration ne prévoit pas les dispositions nécessaires pour permettre le passage de la branche pharmaceutique à la branche médicale des officiers du Corps de santé. Dans ces conditions, il convient d'instituer un texte réglementaire en ce qui les concerne.

Tel est le but du projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le président du Conseil, ministre de la Guerre,
Georges CLEMENCEAU.

Vu la loi du 13 mars 1875 sur la constitution des cadres et des effectifs de l'armée et notamment les articles 45 et 58;

Vu la loi du 24 juillet 1873 sur l'organisation de l'armée;

Vu le décret du 31 août 1878 portant règlement sur l'état des officiers de réserve et des officiers de l'armée teraitoriale;

Le conseil d'Etat entendu,

Décret du 23 juillet 1918.

Article premier. — Les pharmaciens de réserve et les pharmaciens de l'armée territoriale, titulaires du diplôme de docteur en médecine et *justifiant qu'ils exerçaient dans la vie civile la* profession de médecin peuvent, sur leur demande, être autorisés, par décret, à passer avec leur grade et leur ancienneté de grade dans le cadre des médecins de réserve ou de l'armée territoriale.

Art, 2. — Par mesure transitoire, les pharmaciens de réserve et les pharmaciens de l'armée territoriale qui, depuis le 2 août 1914, ont renoncé à leur grade de pharmacien pour être nommés médecins aides-majors de 2e classe, seront, s'ils sont l'objet d'une proposition de leurs supérieurs hiérarchiques, admis à bénéficier des dispositions qui précèdent.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de la Guerre, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publiée au *Journat officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

Une circulaire au sujet des hospitalisations trop prolongées.

(*Circ. 8.554 D., du 21 juillet 1918).*

Les circonstances actuelles imposant plus que jamais le devoir d'assurer dans les délais les plus rapides la récupération des effectifs, j'ai décidé de confier à des médecins spécialement désignés par les soins du sous-secrétariat d'Etat du Service de santé la mission d'inspecter les militaires en traitement dans les diverses formations sanitaires. ou infirmeries régimentaires.

L'objet de cette mission est de rechercher les blessés et malades dont la présence dans les hôpitaux ou infirmeries ne paraitrait pas justifiée.

Chaque médecin ainsi désigné recevra une lettre de service l'accréditant à cet effet auprès des autorités militaires et des directeurs des Services de santé des Régions.

Il visitera de concert avec le directeur adjoint tous les établissements relevant à un titre quelconque du Service de santé : (Hôp. militaires et maritimes, Hosp. mixtes, Hosp. civils, Hop. Complém., Axres, Bénévoles, Centres de rééducation agricole, infirmeries hôpitaux, infirmeries de corps de troupes).

Les médecins chefs et les médecins traitants se tiendront à la disposition du médecin chargé de l'inspection pour lui présenter les militaires à examiner et lui fournir tous documents et observations.

Après avoir entendu les explications des médecins chefs et des médecins traitants, le médecin chargé de l'inspection aura tout pouvoir pour prononcer la sortie des militaires en traitement dont le maintien ne lui paraîtrait pas justifié, et fixera la destination à leur donner (C. S. R., Con. de congé de cce., dépôt du corps, gare régulatrice).

Ces décisions seront immédiatement exécutoires.

Tous les quinze jours, il fournira un rapport dans lequel il indiquera l'état nominatif des malades ou blessés recupérés au cours de ces inspections. Ce rapport sera adressé directement en triple expédition au S. S. du Service de santé.

Un des exemplaires sera envoyé au cabinet du ministre de la Guerre et un autre au S/S de l'administration générale.

Le S/S de l'administration générale donnera des instructions aux commissions prévues par la loi du 21 mars 1910, pour qu'au cours de leurs tournées d'inspection elles s'assurent sur place de l'exécution des décisions prises et au besoin y ajouter leurs décisions propres.

Les abus constatés seront l'objet de propositions de sanctions.

Les médecins chargés de l'inspection ne sont pas astreints dans leurs déplacements aux visites prévues par le règlement sur le Service des places. Les généraux commandants les régions, les commandants d'armée, les Directeurs des Services de santé, les médecins chefs de place mettront à leur disposition, sur leur demande, tous les moyens en personnel et matériel nécessaires à l'exécution de leur mission (secrétaires, dactylographes, plantons, voiture, automobile).

PARTIE PROFESSIONNELLE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos du tarif des accidents du travail.

Notre camarade Decourt a, publié, contre le tarif Dublief, un réquisitoire qui serait impressionnant si ce tarif devait être appliqué *obligatoirement* à tous les accidents et par tous les médecins.

Est-il applicable à tous les accidents? Non; ce fameux tarif qui a suscité déjà tant de batailles dans sa courte existence, n'est qu'un *tarif d'exception*, applicable seulement quand l'ouvrier fait choix de son médecin ou quand il y a une contestation d'honoraires, entre le patron et le médecin traitant. Dans le cas, le tarif Dubief fixe la quotité des honoraires médicaux dont le patron est responsable; l'ouvrier reste toujours et partout redevable du reste des honoraires réclamés.

Il ne faut pas oublier que la loi a laissé à l'ouvrier blessé une part de risque et de responsabilité; il ne touche pas les quatre premiers jours de chômage; il ne touche ensuite que la moitié de ses journées et s'il conserve une incapacité permanente, il ne touche que la moitié de la réduction de son gain; le patron ne lui doit de même rembourser qu'une partie des frais médicaux.

Ce principe est discutable, mais pour le moment, il est consacré par la Loi.

Dans ces conditions, confrère, Decourt, puisque vous êtes mécontent du tarif Dubief et que vous le trouverez insuffisant, pourquoi l'appliquez-vous?

Soignez donc vos accidentés, au tarif normal, régional, à la visite et surtout présentez votre note au blessé lui-même et non pas au patron ni à l'assurance. Vous ne devez connaître que le malade à qui vous donnez vos soins et qui seul doit vous le rétribuer. Ce sera à lui de réclamer ensuite à son patron la quote-part d'honoraire que celui-ci lui doit légalement.

Nous avons fait jusqu'ici trop de sentiment et de sacrifices pécuniaires pour la collectivité. Désormais la guerre, avec les ruines qu'elle entraîne pour beaucoup d'entre nous, nous créé le devoir impérieux de réclamer maintenant des honoraires en rapport avec notre travail, surtout en raison des bénéfices énormes des industriels et des gros gains des ouvriers.

N'attendons,pas de l'Etat Providence qui a pour le moment bien d'autres soucis, d'améliorer la situation; aidons nous d'abord; le ciel nous aidera ensuite.

L'application du *tarif à la visite* dit tarif Dubief, a été pour nous une grosse conquête, parce qu'il a consacré le principe du paiement à la visite,

ne risquons pas de compromettre l'existence d ce nouveau-né encore débile par des réclamations intempestives et trop répétées.

Nous verrons, dans un prochain numéro, qu'il y a mieux à faire. Dr CHEVALOT.

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite [1])

Inexistence de l'application des règles de l'hygiène en ce pays.

En matière d'hygiène, il en a été ainsi et il suffit de jeter un coup d'œil sur ce pays pour en mesurer les conséquences. L'hygiène des villes est souvent inexistante, et l'hygiène des campagnes, à peu près nulle. Notre pays retarde sur presque toute l'Europe en fait d'hygiène. Il y a chez nous un manque absolu d'adaptation des conquêtes de l'hygiène moderne à la vie commune. Combien de fois avons-nous eu honte en traversant au cours de cette campagne, certains villages français ! Aucune hygiène, aucun confort, aucune direction, ni dans la construction du logis, ni dans l'organisation de la vie. Et pourtant, il y a des lois, et des hygiénistes officiels, et des inspecteurs d'hygiène ! Après quinze ans d'application de la loi de 1902, on arrive à faire une loi nouvelle sur l'expropriation pour cause d'insalubrité publique, après avoir avoué qu'on n'a pas pu, ou pas voulu appliquer, ou pas été capable d'appliquer les clauses du texte de 1902 qui permettaient la lutte contre le taudis. Ainsi, une loi nouvelle est votée pour remplacer, renforcer une loi ancienne inappliquée ! Et cette loi nouvelle ? Elle n'est pas appliquée elle-même, bien que sa promulgation remonte à près de deux années. C'est la guerre, dira-t-on. N'est-ce donc pas le temps de faire la guerre au microbe? La machine est tellement rouillée et ses rouages si encrassés que les ministres se brisent à lutter contre son inertie.

La loi sur la Protection de l'Enfance? L'Administration n'en a fait qu'une loi de police, et encore n'a-t-elle pas pu l'appliquer sous cette forme. Les médecins sont placés dans de telles conditions qu'ils ne peuvent pas même s'y intéresser sérieusement. La mortalité infantile est effrayante, 60 % de mortalité pour les enfants confiés aux nourrices mercenaires !

(1) Voir n° 11 du 1er juin, p. 517 ; n° 12 du 15 juin, p. 568 ; n° 13 du 1er juillet, p. 614 ; n° 14 du 15 juillet, p. 654. ; n° 15 du 1er août, p. 702.

Voilà le bilan d'une organisation d'Etat dans aquelle le médecin n'intervient que comme exécutant et dans des conditions telles que son action est inopérante. J'entends bien que l'Administration va essayer de rejeter cet échec sur le Corps médical qui est sourd à « certains appels » ! Mais encore que l'on pourrait relever contre quelques-uns des défaillances, le principal responsable, n'est-il pas le système qui met le médecin dans des conditions où celui-ci ne peut exercer son contrôle, et surtout dans des conditions où il ne peut pas exercer son action tcehnique ?

Si nous voulions poursuivre sur ce terrain, il nous serait facile de montrer les résultats de la loi de 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite. Là encore, des gestes, des luttes d'influence, des conditions où le médecin ne peut pas généralement exercer sa technique, des conditions morales, des conditions matérielles déplorables. Et cela date de plus de vingt ans; et nous en sommes encore à réclamer une vraie assistance médicale, le libre choix, le tarif à la visite !!!

Bref, une organisation d'Etat, une Administration où le médecin, isolé, devient un fonctionnaire, cela aboutit à *une façade derrière laquelle il n'y a rien*. Ce résultat, dû pour une très grande part, pour la plus grande part, à ce fait qu'on a subordonné le « technicien », qu'on en a fait un salarié ou un fonctionnaire isolé, hors d'un contrôle compétent, hors la vie médicale.

Conception administrative de nos organisations sanitaires.

Ces exemples anciens dont l'énumération rapide est très insuffisante pour permettre d'en tirer toute la leçon convenable sont corroborés et appuyés par d'autres plus récents.

Sans nous apesantir sur la critique de l'organisation des hôpitaux — dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils ne font pas honneur à notre pays — nous noterons partout, dans tous ces systèmes privés ou publics, les piteux résultats obtenus par les Administrations aidées de leurs « Conseils », quel que soit le mode de recrutement de ceux-ci.

La guerre même a, sur ce point, apporté son enseignement. Sans parler de l'organisation du Service de santé à laquelle le Corps médical n'a pas pris part, nous avons vu à quels scandales aboutissait la conception pratiquée soit par les Administrations, soit par l'Etat. La Croix-Rouge se réservait, au mépris de la bonne organisation des services, toute autorité sur les malades et les médecins, brimant les uns et les autres, tous livrés aux caprices de certaines dames charitables, souvent très bien intentionnées, mais toujours incompétentes. Aucun contrôle *technique*, mais les chinoiseries d'une administration

dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle ne sait pas. C'est, qu'en effet, pour juger, pour administrer dans les hôpitaux, comme pour soigner les malades, il faut des compétences techniques. Pour beaucoup, l'autorité doit reposer sur des faits, sur la confiance.

Ces conflits perpétuels que sont-ils, sinon l'expression d'un système qui met le médecin en tutelle, en état de subordination? Et encore, c'est la guerre, c'est-à-dire que depuis quatre ans, nous vivons dans une atmosphère où chacun s'efforce de faire silence à ses désirs et à ses critiques. A côté d'un conflit dont le bruit nous arrive, combien sont arrêtés, dès leur naissance, par des renoncements et des abdications ! Le feu couve sous la cendre ; vienne la paix, l'incendie s'allumera si la situation ne se modifie pas. Car ce ne sont pas seulement le caractère des uns et les caprices des autres et les ambitions qui créent des situations pénibles; ces caprices, ces ambitions, ces désirs de paraître et d'étaler ne sont que des expressions d'un état de fait désordonné où le technicien qui doit avoir l'autorité réelle et qui l'a, dans les faits, se la voit disputer par des Administrations a qui elle a été attribuée dans « les règlements ».

Dans le domaine du Service de santé où le conflit est souvent masqué par la camaraderie et où les usages et la discipline en interdisent l'expression, nous avons pu voir les fautes qui résultent du manque d'études, du manque de collaboration.

Au bout de quatre ans de guerre, certains « chefs » ignorent encore leurs subordonnés et sont incapables de les classer, de les noter. Ils sont obligés d'avoir recours aux titres plus ou moins factices des concours, et de chercher, dans les parchemins, le mérite qu'ils n'ont pas pu découvrir dans les faits, c'est-à-dire dans l'action, dans l'appréciation technique des médecins (1). C'est un défaut grave dont d'autres défauts découlent malgré une qualité très grande de l'organisation militaire qui, elle, s'est en grande partie dégagée de la tutelle administrative. Il est seulement très malheureux qu'un certain nombre de médecins militaires aient gardé l'empreinte d'une formation plus administrative que médicale.

C'est ainsi, avec cette conception, que l'Etat nous apparait comme « organisateur » de la lutte antituberculeuse. C'est sur ce modèle *ancien*, avec ses vieux matériaux et ses fantaisies architecturales que ce « Spécialiste » en matière de constructions administratives a opéré. Et ce sont ces « constructions » provisoires qu'il a préparées, dit son avocat, M. Godart, pour demeurer définitives.

(1) Circulaire très récente qui recherche les titres des médecins.

On a fait de tout ceci beaucoup de bruit, de beaux discours; M. Léon Bourgeois a parlé. Examinons rapidement ce que cette organisation de guerre a donné dans les faits.

Nous avons vu qu'un plan avait été élaboré suivant lequel on avait réalisé, sous la forme du Dispensaire L. Bourgeois, formant « ensemble », avec le quartier spécial de l'Hôpital Laënnec, Brévannes et Angicourt.

M. Godart et les Gouvernants nous ont dit avoir taillé leur organisation de guerre sur ce modèle ; que cette organisation était l'ébauche de l'organisation d'après-guerre; qu'elle serait maintenue dans la paix.

Nous pouvons donc dès maintenant nous rendre compte et sans nous livrer à une étude critique complète du dispositif antituberculeux, il nous est possible de connaître l'ensemble en mettant à jour quelques faits capitaux qui, touchant aux bases mêmes de l'édifice peuvent nous en montrer la solidité et l'orientation.

Nous aurons ainsi une vision *réelle* sur l'avenir de la lutte administrative antituberculeuse, et non plus une notion théorique.

Allons aux faits.

***

Nous savons que si le plan est suivi, le malade tuberculeux est pris dans un engrenage d'où il doit sortir « apte », c'est-à-dire sinon guéri, du moins éduqué, incapable de nuire. R. L.

(A suivre.)

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Qu'attend le Corps Médical pour demander le relèvement des tarifs d'honoraires de l'Assistance médicale gratuite et des accidents du travail?

I. Les tarifs de l'Assistance Médicales gratuite datent de l'avant guerre (de 1913), et ceux des accidents du travail sont restés les mêmes depuis 1905 (1).

Cette situation ne peut se prolonger plus longtemps : il n'est pas un corps de métier dont les salaires n'aient été augmentés depuis la guerre; les fonctionnaires ont tous obtenu un relèvement de traitement et des indemnités de vie chère; les médecins de l'Assistance Médicale gratuite qui sont des demi fonctionnaires doivent être traités de même. Mais les médecins n'osent pas réclamer, paraissent satisfaits de leur sort, de sorte que personne ne les plaint.

Quelques associations professionnelles ont

(1) On verra par les renseignements que nous donnons plus loin que les syndicats médicaux se sont, dans plus d'un département, préoccupés de la question et ont obtenu des résultats. (N. D. L. R.)

relevé le gant, tel le Syndicat des médecins de la Seine qui a augmenté de 25 % le tarif des honoraires envers les clients : combien de syndicats provinciaux ont-ils fait de même ? Quant à ce qui regarde les fonctions rétribuées par l'Etat et exercées par des Médecins, rien n'a été fait.

Les pharmaciens ont été plus avisés. Dans plusieurs départements ils ont demandé et obtenu un relèvement d'honoraires. Dans le département du Morbihan, en particulier, les pharmaciens ont obtenu depuis l'année dernière un relèvement de 25 % pour leurs fournitures ; or, si ce relèvement est destiné à compenser l'augmentation de prix des médicaments, une partie est aussi destinée à augmenter la rétribution à laquelle ont droit les pharmaciens.

Pourquoi les médecins ne feraient-ils pas comme ces derniers ? La vie est-elle moins dure, moins onéreuse pour eux ? Nos contributions augmentent tous les jours, nos dépenses professionnelles subissent une progression inquiétante. L'essence, l'alcool industriels sont hors de prix, les fournitures que nous prenons chez les divers marchands pour exercer notre art subissent des majorations sensibles. Pourquoi l'Etat qui se sert de nous à des tarifs ridicules, n'en prendrait-il pas sa part ?

Nous augmentons nos honoraires par rapport à la clientèle civile : l'Etat doit suivre le mouvement.

Depuis le commencement de la guerre, l'Etat prend à sa charge les soins médicaux et pharmaceutiques des réfugiés, et pour y arriver il a fait appel au dévouement des médecins non mobilisés qui ne lui a pas manqué.

Mais chacun sait que le service de l'Assistance médicale gratuite n'est pas le même dans les campagnes et les villes de plus de dix mille habitants ; dans les premières le tarif à lieu à l'abonnement où à la visite, ceux-ci étant adoptés par les communes suivant leurs avantages (le système à l'abonnement quand il y a peu d'inscrits, le système à la visite quand il y en a beaucoup) ; à ces frais s'ajoutent les opérations et les distances kilométriques. De ce chef les médecins de campagne et de petites villes ont touché quelque chose quand ils ont soigné des réfugiés. Mais pour les médecins de ville un peu importante il n'en a pas été de même : ces villes installent leur service médical gratuit comme elles le veulent, traitant en général avec les médecins pour un prix déterminé, quel que soit le nombre des inscrits. D'un trait de plume de l'Administration les réfugiés étant admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite, on a doublé le service de ces médecins sans même songer à augmenter le traitement qu'ils avaient avant la guerre. Est-ce juste ? La réclamation qu'ils doivent faire aujourd'hui n'est qu'une compensation à cet état de chose installé sans les consulter.

II. Pour les honoraires des accidents du travail rien n'a été changé depuis douze ans ; et cependant ce tarif doit être révisé tous les cinq ans. Or, les primes touchées par les Compagnies d'assurances-accidents sont basées sur un pourcentage variable suivant les salaires des ouvriers ; si ceux-ci doublent, les primes doublent également. Depuis plusieurs années les traitements des ouvriers ont plus que doublé et même triplé ; les primes d'assurances accidents ont suivi la même progression. Ces primes sont destinées :

1° A assurer le demi salaire aux ouvriers ; à leur constituer des rentes ; à payer les frais d'hospitalisation en cas d'accidents du travail.

2° A assurer le service médical et pharmaceutique dans les mêmes circonstances, la différence entre les primes et les dépenses constituant le bénéfice de la compagnie.

Des deux termes de la question, le premier a augmenté ; le demi-salaire est devenu plus fort puisque le salaire à l'état de santé et les primes, y afférentes sont devenues plus fortes. La journée d'hôpital a été portée à 3 fr. 50, à 4 fr. 50 et à 5 francs.

Le second terme n'a pas varié ; les frais médicaux et pharmaceutiques sont restés les mêmes, de sorte que les bénéfices des Compagnies ont augmenté d'une façon notable et ce sont encore les médecins qui paient la différence. Je sais bien que depuis la guerre les affaires ont beaucoup diminué ; mais si la somme recueillie a diminué, les risques ont également diminué de sorte que la proportion des indemnités aux accidents n'a pas changé.

Et puis n'y aurait-il pas lieu de demander la suppression de cette différence d'honoraires entre médecins de grande ville et médecins de campagne ou de petite ville. La valeur d'un médecin est-elle en raison directe du nombre d'habitants de la ville qu'il occupe ? N'avons-nous pas fait les mêmes études ? à part quelques exceptions bien justifiées, n'avons-nous pas la même valeur professionnelle ?

Ces deux questions médicales que je viens d'étudier méritent l'attention des Pouvoirs publics et il est temps que nos syndicats, nos associations s'en occupent sérieusement.

Dr DE CHAMPEAUX.

Le relèvement des tarifs de l'Assistance médicale gratuite.

Dans la Nièvre.

Le Conseil général du département de la Nièvre a porté l'indemnité kilométrique pour l'Assistance médicale gratuite de 0 fr. 35 à 0 fr. 60. Le prix de la visite à 1 franc. Décidément le médecin dans la Nièvre doit ignorer les répercussion de la vie chère.

Dans le Cantal.

Le *Concours Médical* s'intéresse à temps et particulièrement à ce que les Conseils généraux ont voté pour l'Assistance médicale gratuite.

Sur l'initiative du Dr Delpeuch (de Maurieu) et après une demande du Syndicat médical d'Aurillac, le Conseil général du Cantal, dans la session d'avril, a voté ce que nous demandions: *relèvement du tarif* kilométrique de 1 franc à 1 fr. 50 pour l'Assistance médicale gratuite, les soins aux enfants assistés, la vaccination.

Ce tarif est applicable à partir du 1er janvier 1918. Dr J. GIROU.

Dans le Finistère.

Mon cher confrère,

Votre journal qui m'arrive ce matin contient un article sur l'A. M. G. dans le Finistre.

Une demande de relèvement de tarif avait été faite au Conseil général en septembre 1917, mais elle était extrêment incomplète et son acceptation risquait de rendre plus difficile ensuite une nouvelle demande.

Dans l'intérêt même des médecins il a été jugé préférable de la renvoyer à une commission et celle-ci a repris la question dans son ensemble.

Un projet de révision avait été établi en 1914, d'accord entre les syndicats médicaux et l'administration départementale, il allait être proposé au Conseil général en août 1914 quand d'autres questions plus urgentes ont empêché de s'en occuper. C'est lui qui a été pris pour base.

J'ai tout lieu de croire que le nouveau projet donnera satisfaction aux confrères du département.

Il sera proposé à la session de septembre de l'Assemblée départementale. Accepté par la Commission de conseillers généraux chargés de son étude, il est invraisemblable qu'il ne le soit pas par le Conseil général.

On doit même espérer que son effet rétroactif sera valable depuis janvier 1918.

Veuillez croire à mes sentiments confraternels les plus cordiaux. Dr J. LUCAS.

Dans l'Orne.

Grâce à l'intervention des Syndicats médicaux de Mortagne, d'Alençon et d'Argentan, le Préfet de l'Orne par un arrêté du 5 juin 1918, a fixé à 1 franc le prix des consultations pour l'A. M. G. au domicile du médecin ou dans les localités où il se transporte à jour fixe. Le prix des visites est fixé à 1 fr. 50 dans l'agglomération de la résidence du médecin et à 2 francs en dehors de cette agglomération.

L'indemnité kilométrique est fixée à 0 fr. 75 (le retour n'est pas compris et la distance kilométrique est comptée de l'agglomération da la résidence du médecin au domicile du malade). Cette indemnité kilométrique de 0 fr. 75 est aussi accordée pour le service des vaccinations.

Nous remercions notre confrère le Dr Chamousset (de Bellême) qui a bien voulu nous transmettre ces renseignements.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort d'un des plus anciens et des plus distingués abonnés du *Concours Médical*, le Dr BIOT, de Mâcon.

La vie simple et laborieuse de ce praticien, qui fut un véritable savant, mérite d'être donnée en exemple à nos jeunes confrères.

Né à Chatenoy-le-Royal, près de Châlon-sur-Saône, en décembre 1850, il avait été interne de l'ambulance de Perrache en 1870, et il devint médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n° 11 à Mâcon.

Externe-lauréat des hôpitaux de Lyon, interne en 1872, il passa en 1878 sa thèse sur le rythme de Cheyne-Stokes.

Depuis, quoique en petite ville, il n'avait cessé de poursuivre des recherches médicales et biologiques, qui lui valurent le prix Desportes de l'Académie de Médecine. Ses communications au Congrès des Anatomistes en 1901 sur un procédé personnel de coloration intensive du bacille de Koch sont restées classiques. Les dernières années il étudiait la biologie du Trypanosome du rat. Entre temps, il se délassait par des études archéologiques, soit à l'Académie de Mâcon, dont il fut président en 1907, soit à l'Académie de Lyon.

Quel exemple a été cette vie de quarante années de profession, c'est-à-dire de dévouement.

Malgré des crises quolidiennes d'angine de poitrine, depuis six mois, notre regretté confrère a voulu jusqu'au bout soigner ses malades et diriger son hôpital.

Le *Concours Médical* adresse à son fils, le Dr Biot, chef de laboratoire à l'Hôtel Dieu, de Lyon, ses bien sincères condoléances.

***

Le médecin-major Jules LABOURÉ (d'Amiens), oto-rhinolaryngologiste, vient de mourir d'une grippe foudroyante. Le *Concours Médical* adresse ses sincères condoléances au Professeur Victor Pauchet (d'Amiens), chirurgien-chef de l'hôpital militaire du Louvre, son beau-frère, et au comte de Butler d'Ormond, interne des hôpitaux de Paris, aide-major aux armées.

Médecin lauréat de l'Académie française.

Nous avons le plaisir d'annoncer que le livre de notre confrère le Dr Emile-François JULIA : *La Fatalité de la Guerre*, édité chez Perrin et dont nous avons rendu compte à son apparition, vient d'être couronné par l'Académie française. Ce livre va bientôt être suivi d'un second : *La Mort du Soldat*, dont la *Revue Hebdomadaire* et *la Revue* ont déjà publié des fragments importants. R. M.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie THIRON et FRANJOU
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arr')
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Petite Correspondance (*suite*)

maximum et d'un minimum pour ces interventions qui varient beaucoup sans doute, pour la difficulté que les chirurgiens y rencontrent, elle n'a eu pour but que de permettre d'ajuster, aussi bien que possible, la rémunération à la difficulté surmontée.

C'est donc au Dr S..., à faire valoir les circonstances de fait qui justifient sa demande de l'honoraire maximum. Dans le cas où la Compagnie refuserait de se rendre à ses raisons, il ne lui resterait, bien entendu, qu'à poursuivre judiciairement et à demander que l'affaire fut soumise à un expert.

Dr E. à *Concours*. — Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si les Cours d'Enseignement créés pour les étudiants mobilisés par l'Instruction du 30 mars et devant avoir lieu au Grand Palais sont commencés ou quand doit se faire l'ouverture ?

Réponse. — Voici la réponse que nous recevons du commanuant du Grand Palais, à qui nous avons posé la question ci-dessus :

Les cours créés pour les étudiants ne sont pas commencés, et je ne puis indiquer la date à laquelle ils devront s'ouvrir.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 17 — 1er SEPTEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :
France.......... 12 fr.
Étranger........ 15 »
Étudiants (*France*)........ 7 »
Le numéro........ 25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

DEMANDES ET OFFRES

N° 72. — Docteur réfugié des régions évacuées louerait pendant la durée de la guerre au moins dans ville du centre ou du midi une maison meublée ou non avec 8 pièces, eau et gaz ou remplacerait confrère pour la durée ci-dessus indiquée.

N° 73. — A vendre auto Delage 8-10 HP, 4 places, très bon état, marche parfaite, accessoires complets en ordre de marche 7.500 fr.

N° 74. — Docteur réfugié ferait remplacements à Paris, prendrait situation chez pharmacien spécialiste ou dans compagnie d'assurances.

N° 75. — Docteur demande à acheter d'occasion meubles pour chambre à coucher (même lits pliants) salle à manger, livres de médecine, etc. Dr Kahan, 94, Av. des Batignolles, St-Ouen.

N° 76. — Pour cause de santé, très bonne clientèle de 25 ans, dans ville de 10.000 habitants à 1 heure de Paris, à céder pour une année de recettes. Rapport annuel 20.000 fr. touchés.

N° 77. — Docteur actif ayant longue pratique cherche un poste important ou remplacement sur la côte d'azur.

N° 78. — A vendre voiturette Gauthier sortie en 1917, chaîne silencieuse incassable, embrayage, disques. Très bon état 4.200 fr. Dr Balmelle, Fondettes près Tours, qui apprendrait l'acheteur à conduire.

Suite page XIX.



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

Quarantième année — N° 17 — 1er Septembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Ne conviendrait-il pas de prendre des mesures pour rendre possible l'exercice de la médecine ? Questions de l'essence et du charbon. 755
Autre question. 756

Partie Scientifique.

Clinique thérapeutique.
Les indications du traitement de la tuberculose. . . 757
Pathologie comparée.
Une réaction de défense chez les végétaux. 761
Actualités médicales.
La spirochétose broncho-pulmonaire. 762
Revue des Sociétés Savantes.
Luxation congénitale de la hanche, réductions vraies et réductions incomplètes. — L'encéphalite léthargique. — Pouvoir préventif du sérum de convalescent, dans la rougeole. — La rubéole aux armées. — Prophylaxie du paludisme. — Traitement de l'atonie gastro-intestinale par les solutions salines. — Le shock traumatique 763
Notes pratiques d'un médecin du front.
Les blessures de guerre intéressant la veine porte. . 768
Technique chirurgicale de guerre.
Nouveau procédé de repérage en profondeur des projectiles au moyen d'un nouveau localisateur radioscopique 768
Bibliographie.
Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès larges, etc. 772
Notes de pratique quotidienne.
Le diabétique et son diabète. 773

Correspondance.

L'inaptitude temporaire des médecins. — La mise en congé sans solde des vieux R. A. T. — La solde des docteurs en médecine, médecins auxiliaires du service auxiliaire. — Solde et indemnités. — Un soldat, docteur en médecine, a-t-il droit aux bénéfices des dispositions concernant les officiers du Service de santé. — Les affectations à l'intérieur. — Les études médicales des étudiants mobilisés. — Le retour à l'intérieur des vieux R. A. T. — Les affectations des médecins auxiliaires de service auxiliaire. — A propos de l'avancement. 774
Nécrologie 780
Le Livre d'or du corps médical français. . . . 780

Partie Médico-Militaire.

Au front et à l'arrière.
Les soldes après quatre ans de service. — La mise en congé des vieux médecins R. A. T. Donner et retenir ne vaut. 781

Partie Professionnelle.

Médecine sociale.
L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux (*Suite*). 782
La lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine 786
La vie syndicale.
La gratuité des soins médicaux aux réformés de la guerre. 792
Caisse des pensions de retraite du corps médical français. —
Assemblée générale. 798

PROPOS DU JOUR

Ne conviendrait-il pas de prendre des mesures pour rendre possible l'exercice de la médecine? Questions de l'essence et du charbon.

On se plaint partout du manque de médecins pour donner des soins à la population civile. Ces plaintes sont légitimes. Il y a beaucoup trop de médecins mobilisés. Une bonne organisation, permettant une affectation judicieuse des compétences et donnant des affectations aux médecins des vieilles classes dans leurs régions, tout en leur permettant de continuer à exercer, aurait pu parer à cette crise des soins médicaux. Personne n'aurait eu le droit de se plaindre. En temps de guerre, le principe d'égalité cède le pas à l'intérêt du pays.

Il y a des ingénieurs, des chefs d'usines en sursis; on a renvoyé des boulangers chez eux, et il est sur le front de braves gens qui se font tuer pour 0 fr. 25 par jour, quand d'autres travaillent dans les usines et gagnent de bonnes journées. Certes, il vaudrait mieux que la répartition des charges et des risques de la guerre se fît d'une façon égale pour chaque citoyen; mais, puisqu'il est impossible d'arriver à ce résultat, contentons-nous de demander qu'on s'en rapproche le plus possible, en évitant soigneusement de sacrifier l'intérêt du pays à un intérêt privé. Nous devons reconnaître que les sous-secrétaires d'Etat au Service de santé ont fait dans ce but de sérieux efforts, qui n'ont pas toujours été mis en pratique aussi complètement et aussi rapidement que les intéressés l'auraient désiré; mais il convient de tenir compte de la complexité des attributions des ministres et du travail, nous ne dirons pas de réorganisation, mais bien de totale organisation auquel ils ont dû se livrer.

Les médecins non mobilisés qui soignent la population civile sont donc très insuffisants : insuffisants par le nombre, insuffisants par le fait de leur âge ou de leurs infirmités qui limitent leur activité. Il conviendrait donc de leur faciliter leur tâche. Or, nous avons reçu des lettres de médecins praticiens de la Loire, de la Saône-et-Loire, de l'Allier et de bien d'autres départements, qui se plaignent amèrement de ne pouvoir se ravitailler en essence pour faire fonctionner leurs autos. Comme ils ne disposent pas de chevaux, espèce qui devient de plus en plus rare, que la bicyclette ne peut fonctionner pratiquement par tous les temps, ni dans tous les pays, et qu'un homme âgé ou infirme ne peut pas toujours pédaler, il résultera du manque de ravitaillement d'essence pour les médecins, que beaucoup de malades ne pourront être secourus, et la restriction des soins médicaux sera, dans certains cas, une de celle que supportera le moins bien la population, surtout quand il s'agit d'enfants malades. La pénurie d'essence ne saurait être mise en cause, car nous voyons des industriels, des commerçants et... des promeneurs, abuser un peu partout de l'usage de l'auto.

Une question tout aussi importante se pose actuellement, c'est celle du charbon, surtout dans les villes. Avec un peu de prévoyance et de gros frais, les médecins avaient pu, jusqu'à cette année, se constituer un stock pour l'hiver. Avec la réglementation actuelle, ce sera impossible cette année et la quantité supplémentaire, à laquelle le médecin a droit, est absolument insignifiante. Que l'on considère que le médecin ne doive pas être privilégié, étant un citoyen comme un autre, cela va de soi et nous ne réclamerions pas une faveur. Mais Monsieur Qui-de-droit devrait songer que lorsqu'on va consulter un médecin, l'on est malade ; qu'il est dangereux pour un malade de séjourner, en plein hiver, dans une pièce insuffisamment chauffée en attendant son tour de consultation ; qu'il est encore plus dangereux de se déshabiller dans le cabinet glacé d'un médecin pour y subir un examen qui peut être assez long.

Aussi, en formulant ici ces réclamations, en priant nos confrères du Parlement de les appuyer, nous avons conscience de défendre (ce qui nous arrive, d'ailleurs, très souvent) plus la santé des malades que les intérêts des médecins.

Nous venons de recevoir de M. le Dr Gilbert Laurent, député de la Loire, secrétaire du Groupe médical parlementaire, auquel nous avons écrit au sujet de la pénurie d'essence, la lettre suivante :

Mon cher confrère,

J'ai déjà fait plusieurs démarches pour faire obtenir aux confrères médecins de l'essence pour leurs automobiles.

Le ministre me renvoie aux Préfets ; lesquels affirment ne pas avoir d'essence et promettent pour un avenir incertain.

D'accord avec le Dr Chauveau, Président du groupe médical, nous allons faire de nouvelles démarches et j'espère qu'elles seront plus heureuses.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Gilbert LAURENT.

Nous remercions M. le Dr Gilbert Laurent et nous savons que nous pouvons compter sur son dévouement et sur celui de M. le Dr Chauveau, sénateur de la Côte d'Or, président du Groupe médical. Espérons que leurs démarches donneront satisfaction à nos confrères et surtout à leurs malades.

J. N.

Autre question.

Il n'y a pas que la question de l'essence qui se pose pour permettre aux médecins d'exercer à la campagne. Nous venons de recevoir d'un département de l'Ouest la lettre suivante qui montre les nouvelles difficultés auxquelles sont en butte nos confrères.

A M. le Dr J. Noir, rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Monsieur et honoré confrère,

Je vous signale que l'exercice de la médecine civile dans mon arrondissement de L... (Indre-

et-Loire) devient particulièrement difficile et sera même impossible à la campagne d'ici peu.

Jusqu'ici nous avons eu la crise de l'essence qui enfin semble conjurée pour le Corps médical, les préfets et sous-prétets nous délivrant des bons qui nous permettent de nous approvisionner chez un fournisseur de sous-perfecture ou de préfecture.

Mais on a réquisitionné en bloc les stocks de pneumatiques et ils ne sont pas reconstitués.

Je viens de faire demander à Michelin par son agent de L... les démarches à faire pour avoir des pneus, voilà sa réponse :

1° Faire une demande au sous-préfet ou au préfet, puis armé de l'autorisation de l'un ou de l'autre de ces fonctionnaires ;

2° Faire une demande au ministère de l'Armement, 63, avenue des Champs-Elysées ;

3° L'envoyer après réception avec demande spéciale à Michelin, qui à son tour fera son possible pour être autorisé à vendre et à expédier lorsque les Compagnies de chemins de fer le voudront et le pourront.

Ainsi voilà un malencontreux tesson de bouteille qui me perce un pneu et me voilà en panne pour un ou deux mois et peut-être plus.

N'est-ce pas là un danger alors qu'il n'y a plus que 2.000 à 2.500 médecins civils plus ou moins valides pour soigner 30.000.000 de civils. Pour ma part je suis le seul à avoir une automobile comme médecin à L... — ma voiture a 11 ans de service, je suis en instance depuis le *19 juillet 1918* auprès du ministère de l'Armement pour être autorisé à acquérir un châssis 12 HP Renault, pour pouvoir continuer à exercer. Ma voiture, en effet, est très usée et n'est plus à la hauteur du travail plutôt dur que je suis obligé de lui demander et ma santé très ébranlée par deux ans de service militaire fait que je dois avoir une voiture sérieuse et très douce.

Quoique recommandé par le député de ma circonscription je n'ai encore pas de réponse.

Je ne sais quand j'en aurai, en tous cas mes pneus sont à bout et il va me falloir faire une dépense de près de 800 francs sur une voiture ultra usagée ; vous avouerez que c'est pénible.

Ne pourriez-vous pas transmettre à nos confrères du Groupe médical parlementaire les observations que je vous soumets et qui, en somme, sont d'un intérêt non seulement professionnel mais national.

Ces messieurs, comme je le lis souvent dans le *Concours Médical*, prendront encore notre défense et celle de nos nombreux clients de campagne si dignes d'intérêt.

Pour me *résumer, ne pourriez-vous* pas leur demander de : 1° de faire établir dans chaque préfecture des stocks de pneumatiques à l'usage des médecins des départements correspondants, et 2° de faire autoriser les médecins ayant besoin d'automobiles neuves de modèle sérieux, à les acquérir même avec les conditions ultra sévères que le ministre leur fait signer.

Je serais heureux si par la voie du Journal ou par une lettre vous me donniez votre avis.

Devrait-on soumettre ces questions à M. Clémenceau, notre illustre confrère, qui les solutionneraient probablement instantanément.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Un de vos vieux abonnés.

Dr P.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THERAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. ROBIN.

Les indications du traitement de la tuberculose.

Les traitements préconisés contre la tuberculose pulmonaire ont suivi les variations des idées régnantes.

Lorsque le bacille tuberculeux fut découvert, on crut trouver une base solide dans l'antisepsie, mais on ne tarda pas à constater la faillite de l'antisepsie bacillaire en matière de tuberculose. Tout autre chose, en effet, est l'action d'un médicament sur le bacille *in vitro* et l'action du même médicament sur le bacille dans l'organisme.

En 1897, M. Brouardel étant allé en Allemagne, chargé d'une mission, revint en déclarant avoir eu la vision d'un monde nouveau. Les Allemands vantaient à ce moment la cure hygiéno-diététique composée de trois éléments : le repos, la suralimentation et l'aération pulmonaire. La cure, suivie dans des sanatoriums, produisait, disait-on des résultats merveilleux. Après trois mois de

traitement, 70 % des malades auraient été guéris. Les années suivantes, la proportion enregistrée était encore plus forte, atteignant 87 %. Les médecins français restaient émerveillés. Mais — car il y a un mais — on avait oublié de dire que sur ces 70 %, 55 % n'avaient pas de bacilles dans les crachats. Les Allemands, comme cela leur est coutumier, avaient « truqué » leurs statistiques. Quoiqu'il en soit, une commission ministérielle fut nommée, qui proposa de couvrir la France de sanatoriums, dont les frais d'entretien eussent dépassé plus de 800 millions par an.

Eh bien, cette triade thérapeutique n'a pas tardé à être battue en brèche, dans ses principes du moins. On s'aperçut qu'avec la suralimentation, on arrivait à créer des troubles dyspeptiques. En Angleterre, on opposa à la cure de repos, la cure de travail, avec de bons résultats chez certains tuberculeux, et de mauvais aussi, d'ailleurs, chez d'autres. Restait seulement l'aération continue, que les anciens auteurs connaissaient, jadis.

Pendant ce temps, des chercheurs orientaient leurs études du côté d'une médication spécifique. On proposa de tenter l'immunisation par la *tuberculine*, qui force l'organisme à fabriquer des anti-corps. A cette immunisation active, on substitua l'immunisation passive, qui apporte à l'organisme l'élément de défense tout préparé, sous forme de sérum (Marmoreck). Cette sérothérapie, sauf certains cas spéciaux, ne donne pas encore de résultats.

Sur quoi, dès lors, pouvons-nous baser une thérapeutique. Nous pouvons, pour constituer un traitement, prendre les acquits du passé et les associer aux données modernes. Pour instituer ce traitement, il faut deux choses : la foi et une ligne de conduite.

Malebranche a défini la foi : un mouvement que nous avons en nous, qui nous conduit à aller plus loin. Ce n'est pas la foi de Pascal qui croit sans vérification. Je voudrais vous donner cette foi et une ligne de conduite. Pour cela, il est nécessaire de décomposer la tuberculose en ses éléments principaux.

Les éléments de la tuberculose sont : le bacille, les foyers, le terrain et l'intoxication.

Quand j'étais médecin de l'hospice des Ménages j'ai fait plus de 2.000 autopsies de vieillards et j'ai constaté que 87 % avaient des cicatrices de tuberculose du poumon. Ces sujets étaient des tuberculeux guéris sans le savoir, fait constaté par d'autres auteurs et qui a fait dire à Grancher que la tuberculose est la plus curable des maladies, la tuberculose ne devant pas être confondue avec la phtisie. Tout le monde est appelé à se tuberculiser, dans la rue, auprès des malades : quelques uns seulement deviennent des phtisiques.

Il existe donc un terrain tuberculisable. On devient facilement tuberculeux, mais, pour devenir phtisique, il faut l'association du bacille et du terrain. Vous pouvez comparer ceci au grain dont le développement avorte dans la terre qui ne lui convient pas et qui donne une plante floride dans un terrain approprié.

J'ai étudié expérimentalement les éléments qui constituent le terrain tuberculisable. Chez le tuberculeux, les actes physiques et chimiques de la respiration sont augmentés. A l'état normal, chez l'individu sain, l'aération pulmonaire est de 82 centimètres cubes par minute et par kilogramme. Elle passe à 198 centimètres cubes chez le tuberculeux. Le sujet sain consomme 3 c. c., 1 d'oxygène par kilogramme et par minute, et le tuberculeux en consomme 5 c.c., 16. Le tuberculeux fabrique 3,8 d'acide carbonique et l'individu sain, 2,6. Quant au quotient respiratoire, qui mesure la quantité d'oxygène utilisée pour faire de l'acide carbonique, il est de 76 % à l'état normal, de 73 % chez le tuberculeux. Cela tient à ce que tout l'oxygène n'est pas employé à faire de l'acide carbonique, une partie est absorbée par les tissus, 0,8 chez l'homme sain, 1,4 chez le tuberculeux, ce qui explique la baisse du quotient respiratoiae dans la tuberculose.

Second fait. Le tuberculeux est un individu qui se déminéralise. Nos tissus sont formés de matières minérales et organiques. Les matières minérales constituent le sol, le squelette virtuel où se fixent les matières organiques. Chez le tuberculeux cette charpente finit par se détruire.

Lorsque j'ai publié mes premières recherches sur la déminéralisation, j'ai été vivement critiqué en Allemagne surtout. Pour juger plus complètement la déminéralisation, j'ai poussé l'examen jusque dans les organes. J'ai trouvé, à l'analyse, que le poumon tuberculeux contenait 7,90 % de matières minérales, alors que le poumon du sujet sain en contenait 12 %. Par conséquent, le poumon tuberculeux perd ses éléments minéraux dans la proportion de 25 %.

Ce n'est pas seulement le poumon, c'est l'organisme entier du tuberculeux qui est déminéralisé. Alors que l'os normal contient 40 % de matières minérales, l'os d'un sujet tuberculeux en renferme seulement 34 %.

L'analyse du poumon non atteint, chez un tuberculeux dont un seul poumon est lésé, fournit une donnée intéressante. Tandis que le poumon malade renferme 7,9 de matières minérales seulement, le poumon non malade donne à l'analyse, 14, 17. Les parties saines se surminéralisent par un procédé de défense naturelle.

On a fait à ces recherches l'objection suivante : toutes ces modificatians peuvent être produites par le bacille. Pour y répondre, j'ai étudié la déminéralisation chez l'héréditaire, chez le sujet qui est à l'antichambre de la tuberculose. Sur 100 individus dont les parents étaient morts

tuberculeux, 40 présentaient une augmentation des échanges repiratoires. J'ai noté une proportion analogue pour les alcooliques, les surmenés du travail, physique et intellectuel, sujets qui sont une proie facile pour le bacille. On constate d'une manière analogue leur déminéralisation.

Une expérience ancienne a démontré que les arthritiques étaient sinon des réfractaires à la tuberculose, du moins devenaient rarement phtisiques. Chez eux, les échanges respiratoires sont diminués et l'élimination inorganique n'est pas accrue.

Les deux éléments du terrain tuberculeux sont donc les augmentations des échanges respiratoires et la déminéralisation. Cela ne veut pas dire que la survenance d'une tuberculose n'intervienne pas sur ces deux éléments. Elle les accroît, le bacille venant jouer le rôle du vent sur un incendie.

Cette notion du terrain est de première importance dans l'institution d'un traitement. On a considéré les tuberculeux comme des organismes déchus et on les a traités en conséquence par des toniques et des stimulants. L'effet de ces stimulants est de précipiter la déchéance. Il faut, en réalité, avoir recours à une médication d'épargne.

Les éléments qui constituent la tuberculose sont, je l'ai dit, le terrain, les foyers, le bacille et l'intoxication. La médication devra donc s'adresser à ces divers éléments.

On aura recours, pour modifier le terrain, à la médication d'épargne et à la reminéralisation. On prescrira au tuberculeux non pas les toniques ni les stimulants, mais les préparations d'épargne pouvant rompre la fuite déminéralisatrice, tout en aidant le courant d'apport par une alimentation raisonnée.

On donnera au tuberculeux, sous une forme assimilable, alimentaire de préférence, les matières inorganiques dont les poumons ont besoin. Il faut donner les éléments minéraux dont l'organisme ne possède pas de réserve, le fer et la silice principalement. On fournira à l'organisme une quantité assez notable de ces deux substances. On profitera aussi de l'aide que certains médicaments peuvent apporter aux tissus pour amender leur déminéralisation.

Vient ensuite la médication des foyers. Les foyers sont le terrain sur lequel se passent la lutte du bacille et des tissus. On aidera les actes de défense des tissus par une thérapeutique locale.

Nous avons à considérer maintenant le bacille. Je vous ai parlé de la faillite des antiseptiques pulmonaires et de la difficulté d'atteindre le bacille. Cependant, certains médicaments sont utiles, à ce point de vue, et agissent au moins sur les infections secondaires, dont le rôle est grand, vous le savez, au moment des cavernes principalement.

Reste, enfin, l'intoxication et le traitement anti-toxique. Dans la tuberculose pulmonaire à marche lente, l'intoxication est réduite au minimum, mais, dans les formes subaiguës et rapides, elle joue un grand rôle.

Ainsi, se trouvent constituées les cinq indications fondamentales du traitement de la tuberculose. Leur importance est inégale, mais elles ont toutes leur valeur. Reste à vous montrer les moyens de les réaliser. Le traitement, dont j'aurai à vous parler plus longuement, n'est pas le traitement définitif de la maladie. C'est celui que nous pouvons instituer actuellement, en attendant qu'un chercheur plus heureux ou plus avisé trouve une médication spécifique.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

PATHOLOGIE COMPARÉE

Une réaction de défense chez les végétaux.

Par MM.

Dufresnoy et le Dr R. Molinéry
(de l'Institut agronomique) (de Barèges)

Les végétaux résineux réagissent à l'infection des parasites cryptogamiques par une production excessive de résine.

Au voisinage du point d'infection, les cellules parenchymateuses encore indemnes excrètent une quantité plus grande d'huiles essentielles (1), qu'éliminent la suractivité, l'agrandissement, la multiplication ou l'acquisition des appareils résinifères.

L'hypersécrétion fait évoluer en *cellules géantes*, les cellules de bordure des canaux résinifères des aiguilles de Pin Maritime attaquées par l'*Hypoderma pinastri*, mais cause leur mort prématurée, et leur disparition par fonte résineuse (2).

L'action parasitaire multiplie le nombre des canaux dans les bourrelets cicatriciels des *chancres* du Pin Maritime (*Cronartium*), dans les aiguilles atteintes du *rouge* dans les cécidies que causent certains pucerons

(1) Dans les plantes même où elles manquent normalement, l'infection parasitaire fait apparaître quelquefois des gouttelettes oléo-résineuses, visibles en montant les préparations dans l'acide lactique, et reconnaissables à leur solubilité dans les essences (feuilles parasitées du lin purgatif, à Barèges).

(2) Un tel *agrandissement lysigène* des canaux s'observe dans nombre de cas traumatiques (blessures, foudre...) et parasitaires (Aiguilles de Genèvrier attaquées par le *Gymnosporangium juniperinum* ; tiges de Mélèze attaquées par *la rouille courbeuse : Caemalaricis, fréquentes à Barèges).*

(*Adelges Abietis*) sur les aiguilles des Epiceas (1).

Et l'*Ecidium elatinum* fait même apparaître des canaux résinifères dans le bois secondaire des tiges de sapin, où ils manquent normalement (2).

L'excitation parasitaire provoque à distance la résinification sur place des tissus : le bois des tiges de Pin Maritime attaquées par la rouille courbeuse (*Melampsora pinitorqua*) disparaît par fonte résineuse et l'écorce du Chancre du Mélèze (causé par un ascomycète : *Dasyscypha Willk*) se creuse de grandes lacunes résineuses.

C'est alors une résinose de défense destinée à localiser l'infection : le meilleur exemple nous en est offert par les aiguilles de Pin Maritime atteintes de la maladie du rouge (causée, dans les cas étudiés par un Ascomycète que nous ne croyons pas avoir été encore décrit : *Hypoderma pinastri*).

Autour des taches, le parenchyme, encore indemne, résinifie une ou deux assises de cellules (3) pour former une barrière contre laquelle on voit les filaments mycéliens venir se buter, ramper, pour finalement rebrousser chemin, après plusieurs efforts infructueux de pénétration.

Il nous a paru intéressant de livrer ces notes aux lecteurs du *Concours médical*. Les réactions de défense, signalées par l'un de nous (4), ont leur analogie dans la cellule vivante animale. Ces réactions ne nous aideraient-elles pas à comprendre la production, par exemple, des cellules géantes dans la tuberculose et en général, les « barrages de leucocytes » dans toutes les maladies microbiennes ?...

(1) Ces Ecidies sont très communes à Barèges. Nous y avons trouvé un Ascomycète, Exoascée à asque sphériques, et qui paraît être un *Taphrina* nouveau.

(2) HARTIG, cité par H. J. de CORDEMOY : les Pl. à gommes et à résines : *Encyc. Sc.* ; O. Doin.

(3) La membrane est d'abord transformée en Pectose, — colorable en orangé par la Safranine — puis résinifiée. Le contenu cellulaire, tanin, graisse, amidon, contribue à l'élaboration de la résine. L'amidon se transforme en Erytrodextrine (col. en *rouge* par I + KI) puis en Achroodextrine, (non colorable) et enfin en gouttelettes oléo-résineuses (solubles dans l'alcool ou le Xylol).

(4) M. Dufresnoy.

ACTUALITÉS MÉDICALES

La spirochétose broncho-pulmonaire.

(Bronchite sanglante.)

Les maladies à spirochètes, les spirochétoses, prennent de jour en jour une importance plus grande en pathologie humaine. Des études récentes sont venues grossir ce groupe morbide et mettre en relief un certain nombre de types cliniques lui appartenant. On connaît bien aujourd'hui les modalités de la *spirochétose ictéro-hémorragique* d'Inada et Ido, signalée en France au mois d'octobre 1916, dans une communication de MM. Louis Martin et A. Pettit, et dans un rapport de M. Chauffard. Ce n'est pas la seule spirochétose de description récente avec laquelle le praticien peut se trouver aux prises. On a attribué certaines néphrites de guerre, la fièvre des tranchées également à un spirochète. On vient, dans ces derniers mois, enfin, de signaler en France des cas assez nombreux d'une spirochétose broncho-pulmonaire, affection importée dans notre pays, mais qui semble parfaitement apte à s'y acclimater.

Cette spirochétose broncho-pulmonaire a été découverte aux Indes, il y a une dizaine d'années, par Castellani. Elle a été observée et étudiée : en juillet 1917, à Lorient, par MM. Cristau et Plazy ; en janvier-février-mars 1918, à Toulon, par MM. Violle et Santelli ; en février 1918, à Nice par M. Barbary, et, d'autre part, par MM. Beau, Dide et Ribereau. M. Violle, dans une note présentée à l'*Académie de médecine* par M. Widal, en donne une description précise, basée sur l'observation de 30 cas traités à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon.

Le point le plus intéressant de la maladie est la présence de sang dans les expectorations ; les crachats sont uniformément rosés, *jus de groseille*, coloration assez caractéristique pour permettre, presque à elle seule, de faire le diagnostic. C'est pourquoi M. Violle propose de donner à la maladie, en sous-titre, le nom de « bronchite sanglante ».

Les autres signes de l'affection n'offrent rien de très particulier. Les phénomènes d'auscultation notés sont ceux d'une bronchite, rarement généralisée, parfois accompagnée de foyers congestifs aux bases. Cet état bronchitique, habituellement léger, est quelquefois absent. La toux est fréquente, pénible, plutôt nocturne. L'état général reste bon, sans fièvre.

Le début est insidieux et l'évolution se fait en l'espace d'un mois, d'une facon générale. Les rechutes sont fréquentes.

La maladie peut être confondue — et c'est là le diagnostic différentiel principal — avec la tuber-

culose pulmonaire au début. L'examen des crachats tranchera aisément la question. L'expectoration ne renferme pas de bacilles. Par contre, on y trouve, dans les frottis colorés au nitrate d'argent (méthode de Fontana-Tribondeau), un nombre *considérable* de spirochètes de toutes formes et de toutes tailles. Le même examen des crachats différenciera les hémoptysies de la spirochétose broncho-pulmonaire des hémoptysies dues à la douve du foie (*paragonimus Westermani*). On trouve, dans ce dernier cas, les œufs à clapet du parasite.

La spirochétose broncho-pulmonaire paraît très contagieuse. Importée dans notre pays probablement par les troupes et les travailleurs du Levant (Macédoine) et de l'Asie (annamites, indochinois), elle semble pouvoir s'acclimater en France, du moins dans les régions du Sud. Généralement bénigne, elle peut se compliquer d'affections plus graves, tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonie. Il importe donc de la connaître, de la déceler, de la distinguer en particulier de la tuberculose pulmonaire. Son diagnostic permettra de rassurer le malade, effrayé par les hémoptysies, et mettra à l'abri de réformes non justifiées. Il permettra aussi d'appliquer les mesures de prophylaxie convenables (isolement des malades, stérilisation des crachats, antisepsie buccale).

Le spirochète de cette affection est nettement distinct de l'agent trouvé dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique par Inada et Ido. M. Auguste Pettit, qui a examiné à ce point de vue les malades de Lorient, a pu différencier bactériologiquement la spirochétose broncho-pulmonaire de la spirochétose ictéro-hémorrhagique. Les germes de ces deux maladies ne doivent pas, semble-t-il, être confondus.

P. Lacroix.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Luxation congénitale de la hanche, réductions vraies et réductions incomplètes. — L'encéphalite léthargique. — Pouvoir préventif du sérum de convalescent, dans la rougeole. — La rubéole aux armées. — Prophylaxie du paludisme. — Traitement de l'atonie gastro-intestinale par les solutions salines. — Le shock traumatique.

M. Calot dans une communication à l'*Académie de médecine*, dit, qu'après avoir examiné les centaines de résultats publiés par les chirurgiens de France ou de l'Etranger, avec les radiographies ou décalques à l'appui, il est arrivé à cette conviction que les quatre cinquièmes au moins des cas *de luxation congénitale de la hanche* présentés, comme des types de « guérisons anatomiques », ne méritent pas ce nom. Sans doute, la tête qui était plus ou moins haut dans la fosse iliaque a été très abaissée et très rapprochée de la cavité qu'elle devrait occuper, mais elle se trouve, le traitement fini, au-dessus de celle-ci, à deux ou trois centim. au-dessus ; elle est dans la première petite loge qu'elle avait occupé momentanément autrefois, après que la luxation s'était produite (dans la vie intra-utérine ou un peu après).

Et d'où vient cette erreur d'appréciation ? De la radiographie. Entendons-nous, dit M. Calot, non pas de la radiographie elle-même, mais d'une fausse interprétation de celle-ci.

Voici ce qu'on a fait dire à la radiographie :

1° Que dans la luxation congénitale, le toit du cotyle était très oblique en haut, presque vertical.

2° Et, par suite, que la hauteur du cotyle était plus grande que celle d'un cotyle normal.

3° Que le niveau du toit dans la luxation était à environ deux ou trois cent. (suivant l'âge) au-dessus du cartilage, à distance à peu près égale du toit et de la partie déclive du cotyle.

Or, tout cela est inexact, dit M. Calot. En réalité, le vrai toit est rabattu, non pas en haut, mais en bas ; son bord est à peu près au niveau du cartilage en Y, et même un peu *au-dessous*, surtout si l'on tient compte du fibro-cartilage qui coiffe ce rebord.

Si bien que tous les cas où dans la radio, la partie inférieure de la tête ne touche pas, ou même ne déborde pas un peu la partie la plus déclive du cotyle sont des fausses réductions; car la tête, ayant presque toujours un diamètre vertical plus grand que celui du cotyle, si elle est bien réduite, doit déborder en bas, ou tout au moins toucher la partie la plus déclive du cotyle. Or, si l'on regarde les résultats publiés, l'on verra plus de quatre fois sur cinq la partie inférieure de la tête rester au-dessus de cette partie la plus déclive du cotyle.

En outre, M. Calot signale que dans les luxations dites unilatérales, le côté soi-disant « sain » ne l'est pas, dans la très grande majorité des cas. Il y a également de ce côté une luxation au premier degré, qui a jusqu'ici passé généralement inaperçue (toujours à cause de la même erreur d'interprétation des radiographies), luxation qui peut ne pas bouger, mais qui peut aussi s'aggraver par la suite et qu'il faudrait donc toujours traiter à l'avenir.

Ses preuves ? Elles sont de plusieurs ordres.

1° Elles sont tirées de ses constatations biopsiques. Lorsqu'il a traité les luxations par l'opération sanglante, il a trouvé à l'extrémité inférieure du boyau capsulaire (du sablier) une fossette recevant à peine la pulpe de l'index ou du petit doigt, fossette formée en avant par la cap-

sule tendue, en arrière par une arête osseuse garnie ou non (suivant le cas) d'un fibro-cartilage; s'il creusait au-dessous de cette arête, la curette ramenait des copeaux assez épais de cartilage blanc diarthrodial; s'il creusait au-dessus de l'arête, la curette arrivait immédiatement sur l'os saignant. Cette arête est manifestement le rebord supérieur (le toit) du vrai cotyle, et répond à peu près au niveau du cartilage en Y

2° Les *autopsies* de luxations congénitales. On trouve le rebord supérieur du vrai cotyle rabattu non pas en haut, mais en bas, au niveau du cartilage en Y. (Seul le fibro-cartilage a été trouvé dans quelques cas infiniment rares, rejeté en haut, décoiffant le rebord osseux, mais plus souvent encore ce fibro-cartilage est détruit).

3° Sur les pièces sèches de nos musées, il a pu retrouver presque toujours la trace de cette arête qui représente le vrai bord supérieur, le vrai toit du cotyle.

Pourquoi pas toujours? Parce que ce rebord est très atrophié, ayant été usé par le frottement de la tête, pressant sur lui de haut en bas, à chaque pas. Et voilà aussi pourquoi la radiographie ne l'a pas nettement révélé jusqu'ici aux chirurgiens et aux radiographes (d'autant que chez les tout petits enfants cette arête est encore presque entièrement cartilagineuse).

Tandis que la radiographie, par contre, révèle nettement l'existence d'une arête, d'un rebord osseux à deux ou trois centimètres au-dessus du cartilage en Y. Et voilà ce qui explique l'erreur d'interprétation des radiographies.

Chirurgiens et radiographes ont pris pour le vrai toit du cotyle ce faux toit, ont pris pour le rebord supérieur du vrai cotyle ce qui est le rebord supérieur d'un premier néocotyle situé au dessus du cotyle vrai.

4° Ordre de preuves tiré de la radiographie. Oui, de la radiograahie elle-même. Le vrai toit ne s'était pas révélé jusqu'ici parce qu'il n'avait jamais été cherché où il est, mais l'ayant cherché très attentivement avec la radiographie stéréoscopique au niveau du cartilage en Y, entre les deux bords de la gouttière de glissement, dans le fond et dans le bas de cette gouttière, sous l'aspect d'un petit saillant ou d'un éperon, M. Calot a déjà (1) pu le retrouver quelquefois sous la forme d'un petit nez, ou d'un troisième petit bord situé entre les bords de la gouttière.

Conclusion pratique. — M. Calot qui peut déjà montrer un assez bon nombre de réductions complètes, indique les moyens d'y arriver très régulièrement à l'avenir. Pour cela, orienter la technique vers ce but précis : permettre au véritable toit de se reconstituer (tandis que dans le passé l'on a paru tout faire, inconsciemment il est vrai, pour l'user encore davantage).

On devine ce qu'il faut pour reconstituer ce toit.

Réduire toujours au dessous du cartilage en Y. Mais cela ne suffit pas. Il faut maintenir (pendant toute la période des appareils) dans une direction bien transversale, le trochanter, le col et la tête, tandis que jusqu'alors on a toujours mis le col dans une direction oblique en haut et en dedans, ce qui était bien fait pour achever la destruction du vrai toit, pour conduire fatalement à une réduction fausse.

On ne fera pas d'abduction forcée, ni surtout de rotation externe comme on l'a fait presque toujours jusqu'ici.

En un mot, l'on appliquera désormais très exactement, les lois du traitement exposé par M. Calot à la séance de l'Académie du 4 juin dernier.

Et ainsi, conclut-il, au lieu de réductions incomplètes, nous aurons désormais des guérisons anatomiques vraies, ce qui est bien la première condition pour obtenir des guérisons fonctionnelles complètes et durables.

(1) Il poursuit ses recherches radiographiques avec les Drs Bergugnat, Fouchet, Collet et Chevalier.

— M. Netter revient à la *Société médicale des hôpitaux* sur la question de *l'encéphalite léthargique.*

Dans sa forme type, l'encéphalite léthargique comporte la symptomatologie générale suivante: de la somnolence, un état de sommeil dont on arrive à faire sortir de temps en temps le sujet en lui parlant; une poussée fébrile, au début avec ou sans vomissements, de la céphalée, souvent transitoire, des troubles oculaires (chute des paupières, nystagmus), pas de signe méningé. La maladie s'est terminée par la guérison (4 cas sur 7) ou par la mort.

M. Caussade, M. Lereboullet, M. Chauffard, M. Lesné rapportent des cas qui paraissent bien rentrer dans le cadre de l'encéphalite léthargique, maladie nouvelle dont des observations ultérieures compléteront l'étude.

— MM. Nicolle et E. Conseil relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une expérience qui montre le *pouvoir préventif du sérum de sujet convalescent de rougeole.*

Dans une famille comprenant quatre enfants, trois d'entre eux présentent, à deux jours d'intervalle, un exanthème rubéolique. Le quatrième enfant, qui vivait avec les autres, fut évidemment contagionné, la rougeole offrant une extrême contagiosité pour l'enfance. Toutefois, les signes de rougeole n'étant pas encore apparus après huit jours, M. Nicolle injecte à cet enfant 4 centimètres cubes de sérum de son frère guéri. L'enfant resta indemne.

Il y aurait lieu, dit M. Nicole, de répéter cette

expérience. Pour éviter les inconvénients qu'offre l'emploi du sérum humain dans la thérapeutique (transmission de la syphilis, etc.), il conviendra de filtrer le sérum ou de ne l'employer qu'après conservation assez longue à la glacière, ou, plus simplement, l'additionner d'un antiseptique.

— MM. Nobécourt et Ch. Richet fils, présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une *étude endémo-épidémiologique de la rubéole aux armées*

Ces auteurs estiment que la rubéole a été rare dans notre armée. Elle a surtout frappé les sujets les plus jeunes. Une menace d'épidémie a pu être aisément arrêtée, dans une unité, observée par MM. Nobécourt et Richet, grâce à la mesure prophylactique la plus simple, l'isolement des hommes reconnus suspects par des visites biquotidiennes.

— M. A. Challamel fait à la *Société de Thérapeutique* une communication sur la *prophylaxie du paludisme.*

Il relate d'abord l'observation d'un soldat que la quinisation préventive avait protégé de toute atteinte de paludisme durant son séjour de vingt mois à Salonique. Mais l'administration de la quinine ayant été cessée le jour même du départ, ce soldat vit éclater son premier accès quinze jours après, lors de son retour en France.

Dans une première conclusion l'auteur rappelle la nécessité de prolonger le traitement quinique préventif durant dix-huit jours après le départ des pays contaminés, cela pour assurer la *prophylaxie individuelle.*

Abordant la question de *prophylaxie sociale,* M. Challamel émet l'opinion que le Paludisme devrait être compris dans la liste des maladies à *déclaration obligatoire.*

Il énumère les actes qui nécessairement doivent découler de cette déclaration, et dont la réalisation appartient aux pouvoirs publics. Ces actes se résument à :

1o La pose d'un cadre hermétique, garni d'une toile métallique, à la fenêtre de tout paludéen fébrile. Ce cadre doit être payé par la collectivité, bénéficiaire de cette mesure de protection.

2o Des mesures régulières d'assainissement et de désinfection des eaux stagnantes de la région où le cas a été constaté. Ces mesures doivent être assurées non par une autorité élue, mais par une autorité compétente.

L'auteur s'empresse d'indiquer qu'il vaudrait mieux se passer de la déclaration obligatoire, si l'exécution rigoureuse de ces mesures prophylactiques ne devait pas en être la conséquence.

— M. Hayem fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement de l'atonie gastro-intestinale par les solutions salines.*

M. Hayem emploie, depuis vingt-cinq ans, diverses solutions salines dans le traitement des gastropathies. Prescrites à certaines doses, et pendant un temps déterminé, elles ont la propriété de modifier l'évolution digestive sans provoquer d'altération glandulaire.

En se guidant sur la constitution des eaux minérales réputées les plus actives pour le traitement des maladies de l'estomac, l'auteur a proposé, dans des travaux antérieurs, plusieurs formules (au nombre de 5), dans lesquelles sont associés le bicarbonate, le sulfate et le chlorure de sodium). C'est ainsi que l'eau de Vichy, additionnée de sulfate de soude (eau de Carlsbad artificielle) agit particulièrement bien sur les cas d'hyperpepsie avec hypersécrétion.

M. Hayem ajoute aujourd'hui, aux 5 formules qu'il a précédemment données, deux formules nouvelles, tirées de la constitution des eaux de Châtel-Guyon. Ces deux formules (VI et VII de sa liste générale) sont les suivantes :

a) Eau distillée.	1 litre
Chlorure de sodium	ââ 2 gr. 50
Chlorure de magnésium cristallisé.	ââ 2 gr. 50
Bicarbonate de soude. . . .	2 gr.
b) Eau distillée.	1 litre
Chlorure de sodium.	ââ 2 gr. 50
Chlorure de magnésium cristallisé.	ââ 2 gr. 50
Sulfate de soude.	3 à 5 gr.

Les deux formules en question s'appliquent particulièrement au traitement des cas de dilatation stomacale avec myasthénie, avec ou sans atrophie musculaire, et absence d'obstacle mécanique à l'évacuation. Il y a généralement, en pareille circonstance, un type hypopeptique et de l'atonie intestinale.

Le chlorure de magnésium semble agir d'une manière très efficace sur les fibres musculaires lisses du tractus digestif. Il en excite la contraction et en régularise le fonctionnement.

— MM. Bréchot et Claret lisent à l'*Académie de médecine* une note sur *le shock traumatique.*

Le *shock* traumatique vrai, nerveux, dont il faut distraire les toxémies infectieuses (shock toxique infectieux) et les dépressions post-hémorrhagiques (shock hémorrhagique), se présente avec le tableau clinique suivant. Le blessé (blessé plus ou moins grièvement atteint, ou même seulement commotionné) a la face pâle, les pupilles dilatées, les extrémités froides, la respiration irrégulière, le pouls petit, de l'hypothermie.

MM. Bréchot et Claret dans l'appréciation de la gravité de l'état de shock, s'appuient sur deux caractères : la tension artérielle et la tension céphalo-rachidienne. La tension artérielle est abaissée et la tension céphalo-rachidienne élevée.

Pour ces auteurs, le pronostic s'appuiera sur l'écart entre les tensions artérielles minima et maxima, mesurées au Pachon. Si cet écart reste au-dessus de 2 1/2, le pronostic est favorable. A 2 1/2, il doit être réservé, avec d'autant plus de craintes que le blessé réagit moins aux toniques cardio-vasculaires (huile camphrée, sérum, adrénaline). Au-dessous de 2 1/2, le pronostic semble fatal.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le médecin-major A. Satre.

Les blessures de guerre intéressant la veine porte.

Je me suis livré à diverses recherches dans le but de mettre en évidence les résultats des blessures de la veine porte, dont j'ai observé *plusieurs cas depuis le début de la guerre.*

J'en donnerai seulement les conclusions aujourd'hui, me réservant de revenir ultérieurement sur ce sujet d'importance, dans une monographie en vue de laquelle je complète, en ce moment, ma documentation.

Toute blessure un peu large du tronc de la veine porte est fatalement mortelle, en raison :

1o De son énorme débit, surtout à l'état de digestion : chez un chien de 25 kilogrammes, la veine porte débite 600 grammes de sang à la minute ;

2o De la tension considérable du sang, en raison de l'interposition des capillaires du foie. Cette tension qui, dans la veine cave inférieure, n'est guère que de trois à quatre millimètres, atteint vingt millimètres de mercure dans la veine porte.

En cas de piqûre, la ligature latérale est-elle possible ?

Sur le tronc, elle serait à la rigueur possible, mais fort difficile ; à même les branches, où je l'ai tentée sur le cadavre, elle m'a semblé impraticable.

Dans un cas célèbre, celui de Carnot, si tragiquement observé à Lyon en 1893, Lépine a soigneusement décrit la lésion, qui se trouvait, non sur la demi-circonférence libre, mais sur la partie de la veine creusée dans le foie : elle aurait, évidemment, échappé à toute intervention.

Dans le cas d'un soldat tué en 1916 sur la rive gauche de la Meuse et dont j'ai fait l'autopsie, il existait une plaie large de la splénique tout près de son abouchement dans la veine porte. La ligature au-dessus et au dessous eût été possible. Mais qui ne voit que la ligature d'une des branches de la veine porte amènerait l'interruption de la circulation dans un des lobes du foie, une stase énorme dans la muqueuse intestinale et, pour l'espèce du soldat en question, dans les réseaux spléniques ? La mort serait probable. Elle est certaine avec une ligature qui porterait sur le tronc même de la veine porte.

Pourrait-on, pour éviter la stase dans les réseaux spléniques et mésaraïques, aboucher le tronc périphérique de la veine porte dans la veine cave inférieure ?

Eck avait pensé que cette opération pourrait être utile chez les cirrhotiques. Les études et expériences qu'il a faites sur le chien en ont précisé la technique, rendant cet abouchement assez facile au point de vue opératoire.

Mais l'intervention est longue, très longue en cas de plaie. Les suites restent fort graves, et il est peu probable qu'on la tente jamais, même chez les cirrhotiques.

TECHNIQUE CHIRURGICALE DE GUERRE

Nouveau procédé de repérage en profondeur des projectiles au moyen d'un nouveau localisateur radioscopique.

Par le Dr M. Rigal,
Médecin aide-major de 1re classe, médecin-chef d'un Groupe complémentaire de chirurgie.

Les procédés fournis par la radiologie pour fixer la position d'un corps étranger sont très nombreux, et quelques-uns ont le défaut d'être assez compliqués. Le nouveau localisateur radioscopique que je viens de faire construire (1), se recommande au contraire par son extrême simplicité.

Fondé sur le principe de la localisation géométrique il est d'une précision absolue.

Ses avantages sont les suivants : 1° Il est simple, léger et peu encombrant. Entièrement métallique, son poids n'est que de 150 grammes environ ; 2° Il peut se fixer instantanément sur tous les écrans communément employés (24×30 et 30×40), et peut en être instantanément enlevé, grâce à un dispositif spécial très simple de fixage à ressort; 3° Il peut convenir à tous les appareillages radiologiques courants, et il se suffit à lui seul sans le secours d'aucune autre pièce intermédiaire ou accessoire quelconque, ou de toute modification quelle qu'elle soit de l'installation ; 4° Il n'est jamais besoin de le désadapter dans le courant de l'opération : on ne fait la lumière que pour le résultat, et le décalage de l'ampoule, — obtenu par un procédé nouveau — est simple,

(1) Chez Malaquin et Dutertre, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

facile, sans cause possible d'erreur et mathématiquement exact; 5° Enfin, *lecture directe* sur l'appareil même du résultat cherché, c'est-à-dire de la profondeur du projectile dans les tissus, et cela sans qu'aucun calcul soit nécessaire.

Ajoutons enfin que ce localisateur est d'une construction très soignée et d'un prix peu élevé. Déjà expérimenté avec succès dans plusieurs formations hospitalières de l'avant, il est appelé à rendre de réels services aux radiologistes qui l'emploieront.

Description de l'appareil. — Ce localisateur se compose de trois parties : Une tige-support, 4 aiguilles, une règle-barême.

I. *Tige-support.* — Elle est constituée par une règle métallique de section carrée portant soit directement, soit par l'intermédiaire de barettes transversales, les 4 aiguilles et la règle-barême.

A une de ses extrémités, se trouve un dispositif à ressort permettant de fixer l'appareil sur l'écran en le maintenant sur la glace. Le localisateur peut être instantanément fixé sur le cadre au moment des examens, et l'examen terminé, être enlevé aussitôt.

II. *Aiguilles.* — Elles sont au nombre de 4 : deux fixes et deux mobiles, numérotées de 1 à 4. Les aiguilles n° 1 et 2 sont fixes, et les aigulles n° 3 et n° 4 sont mobiles. Toutes sont perpendiculaires à la tige-support, parallèles entre elles et le plus rapprochées possible de la glace de l'écran.

Les aiguilles fixes n° 1 et n° 2 se trouvent rigoureusement à 10 centimètres de distance l'une de l'autre.

Les deux aiguilles mobiles (n° 3 et n° 4), sont placées à la suite des aiguilles n° 1 et n° 2. Elles peuvent coulisser sur la tige-support et être maintenues en place par une petite vis moletée.

III. *Règle-barême.* — Elle est constituée par une réglette fixe plate, disposée parallèlement et à peu de distance de la tige-support, dans la partie de l'instrument où peuvent se mouvoir les deux aiguilles mobiles. Le zéro de la réglette coïncide exactement avec l'aiguille n° 2. Elle porte gravé un barême donnant par lecture directe la profondeur du projectile, d'après la technique ci-après exposée.

Mode d'emploi. — L'ampoule doit être centrée d'une façon parfaite. La distance du focus à l'écran doit être exactement de 600 millimètres. Cette distance doit être mesurée une fois pour toutes et d'une façon minutieuse. Elle pourra être facilement retrouvée sur les montants qui supportent l'ampoule et le porte-écran au moyen de traits de repère faciles à découvrir.

1er *Temps.* — L'écran étant maintenu par le porte-écran, fixer soigneusement le localisateur sur le cadre au moyen du dispositif à ressort précédemment décrit, la tige-support bien parallèle au cadre. Faire l'obscurité, et rester le temps nécessaire pour avoir une adaptation suffisante.

Centrer bien exactement le projectile (ou la partie choisie du projectile) par un rayon normal, et amener son image sur l'aiguille fixe n° 2 en faisant varier le porte-écran.

2e *Temps.* — Placer un repère métallique sur la peau du malade, à la sortie du rayon normal. A ce moment donc, le projectile, le repère métallique et l'aiguille n° 2 sont sur la même verticale déterminée par le rayon normal.

3e *Temps.* — L'écran restant fixe, décaler l'ampoule de façon à faire passer le rayon normal par l'aiguille fixe n° 1. La distance entre l'aiguille n° 2 et l'aiguille n° 1 étant exactement de 10 centimètres, le décalage de l'ampoule est donc rigoureusement aussi de 10 centimètres.

4e *Temps.* — Ouvrir le diaphragme. Les images du projectile et du repère métallique fixé sur la peau se sont déplacées en sens inverse du décalage de l'ampoule. Mais l'image du repère métallique, lequel est plus rapproché de l'écran, s'est déplacée d'une valeur moindre que l'image du projectile, lequel en est plus éloigné. Amener l'aiguille mobile n° 3 sur l'image du repère métallique, et l'aiguille mobile n° 4 sur l'image du projectile (ou de la partie précédemment choisie du projectile). Fixer ces deux aiguilles au moyen des petites vis.

5e *Temps.* — Faire la lumière. Lire sur la règle-barême : *a*) la distance séparant l'aiguille n° 2 de l'aiguille n° 4 : elle représente la distance de l'écran au projectile;

b) La distance séparant l'aiguille n° 2 de l'aiguille n° 3 : elle représente la distance de l'écran au repère métallique fixé sur la peau.

La différence — que l'on peut faire mentalement — représente donc la distance du projectile au repère métallique, autrement dit la profondeur du projectile dans les tissus.

Plus simplement encore : compter le nombre de divisions séparant l'aiguille n° 3 de l'aiguille n° 4, sachant que les grands traits indiquent les centimètres et les traits intermédiaires les demi-centimètres.

Notes. — I. La distance anticathode-écran a été choisie de 600 millimètres comme pouvant convenir à tous les cas. Comme l'a fait très justement observer P. Aimé, il y a avantage à ne pas placer l'écran au contact du sujet soumis à l'examen, mais à laisser un certain intervalle entre la surface cutanée et la face inférieure de l'écran.

II. *Le repère métallique* le plus simple et le plus pratique est, à notre avis, une « punaise » à travers la pointe de laquelle on pique un petit

carré de diachylon qui permet de la coller facilement sur la peau du malade en la tenant par la pointe. Mais, pour obtenir plus de visibilité, il est préférable de se servir de repères en plomb ayant la même forme.

Il est livré avec chaque appareil une petite boîte contenant 6 de ces repères en plomb.

III. Il peut arriver que le décalage de 10 centimètres soit trop considérable. C'est lorsqu'on a affaire à des corps étrangers petits ou profondément situés, en un mot peu visibles. On parvient à les voir avec un petit diaphragme, mais ils échappent dès qu'on ouvre le diaphragme d'une valeur un peu grande.

J'ai donc été amené, pour ces cas particuliers, à la vérité assez rares, à compléter l'instrument par l'adjonction d'une seconde règle-barême et d'un dispositif spécial permettant d'obtenir *un décalage d'ampoule de 6 centimètres seulement.*

Ce dispositif a en outre l'avantage de pouvoir sur-le-champ permettre la contre-épreuve. Rien n'est plus facile, en effet, que de contrôler le résultat que l'on vient d'obtenir au moyen d'un décalage de 10 centimètres par une autre opéra*tion avec un décalage de 6 centimètres* seulement. Les deux résultats doivent être indentiques.

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès larges, par J. Fiolle et J. Delmas, chirurgiens à l'Automobile chirurgicale 21, avec une préface de M. Pierre Duval.— 1 vol. de 128 pages avec figures originales, dessinées par H. Beaufour. (Masson et Cie, édit.) Prix 5 fr.

Voici comment le Dr Pierre Duval présente cet ouvrage aux chirurgiens du front et de l'arrière :

« C'est une œuvre née de l'expérience qu'ils ont acquise aux armées, mais ce n'est pas un livre de chirurgie militaire. Il peut être considéré comme le premier chapitre de la chirurgie moderne des vaisseaux.

« Dans leur préambule, ils se défendent de la ridicule prétention qu'on pourrait leur prêter de vouloir modifier les procédés classiques des ligatures artérielles. Avec quelle juste raison! Le livre admirable de Farabeuf, « chef-d'œuvre définitif », disent-ils, a réglé la ligature du vaisseau sain dans des tissus sains...

« Mais les plaies de guerre ont démontré la nécessité d'une chirurgie vasculaire nouvelle.

« Le scrupuleuse conscience de Delmas et Fiolle les a incités à chercher des méthodes qui, par une vue large sur les vaisseaux profonds des membres, permettent l'examen direct des paquets vasculaires sur une grande longueur, la vue nette de tous les vaisseaux qui, dans une seule région, peuvent être ensemble ou séparément lésés par une plaie de guerre.

« Delmas et Fiolle présentent leurs procédés pour la chirurgie de guerre. Je les ai vus les employer. Je m'en suis servi moi-même: ils sont parfaits, rapides, et permettent une chirurgie vasculaire précise, de qui l'on peut dire qu'elle n'ajoute rien à la gravité de la plaie vasculaire.

« Mais cette découverte large des vaisseaux profonds ne s'applique pas seulement à la chirurgie de guerre. La chirurgie vasculaire moderne exige des procédés nouveaux, des voies d'accès larges qui facilitent sur le vaisseau toutes autres manœuvres que le simple passage d'un fil sur un demi-centimètre d'artère soigneusement isolé. Les procédés que Delmas et Fiolle décrivent, sont, par l'exposition large des vaisseaux profonds, à la base de toute chirurgie vasculaire actuelle.

Nous ajouterons que les hasards de la mobilisation ont rapproché les auteurs d'un artiste de talent, M. H. Beaufour, et que les 34 planches inédites qui illustrent cet ouvrage sont une démonstration lumineuse et élégante de leur technique nouvelle.

Le Nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements, par R. Claoué, chef du service d'oto-laryngologie à la clinique Pasteur, de Bordeaux.— Un vol. à 2 fr. 50. A. Maloine et fils, édit., 27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, 1918.

On sait que si l'on excite le vestibule labyrinthique, on provoque des réactions qui permettent d'apprécier l'état de ce vestibule. Parmi ces réactions, une des plus intéressantes — parce qu'elle est objective, indépendante de la volonté du malade et facile à obtenir — est le *nystagmus*. Ainsi, lorsque l'on fait passer dans le conduit auditif externe un courant d'eau ou chaude ou froide, on provoque des mouvements nystagmiques des yeux dont il suffit de préciser le moment d'apparition et la durée pour apprécier l'état fonctionnel — normal, hyper ou hypoexcitable — du labyrinthe (épreuve de Barany). Cette donnée est des plus importantes lorsqu'il s'agit de déterminer l'origine d'un vertige, la réalité d'un état commotionnel dans une blessure de guerre, par exemple, etc.

L'ouvrage de M. Claoué est consacré à l'étude clinique de ce nystagmus vestibulaire et des réactions de mouvements du même ordre.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le diabétique et son diabète.

Il ne s'agira ici que du diabétique glycosurique.

Pathogénie : Le Diabète peut être d'origine pancréatique, hépatique, nerveuse.

On en a décrit une infinité de formes : le diabète maigre, le diabète gras, le diabète chez les enfants.

Pour la recherche du sucre, nous utilisons la *réaction à la phénylhydrazine* (Boutroy), permettant de révéler 0,05 de glucose par litre. On devra toujours déféquer l'urine, non à l'acétate de Pb, mais à l'azotate mercurique, afin d'éliminer la créatinine. Signalons également une fréquente cause d'erreur. Certaines urines *alcaptoniques* réduisent la liqueur de Fehling ; la réaction ci-dessus indiquée permettra d'éliminer l'alcaptone.

Se rappeler, en clinique, l'aphorisme de Landouzy : « *Les petits diabétiques sont souvent des syphilitiques qui s'ignorent* ». Suivant la forme, l'évolution, les conditions sociales (dernier facteur que l'on a trop tendance à oublier quand il est question de régimes) on établira régime alimentaire, hygiène, médication.

Il n'existe pas un diabète, mais « des diabétiques d'assimilation différente ». Régime de Noorden (réglé sur 35 calories par kilog et par jour) ; régime aux parmentières, de Mossé (de Toulouse) ; cure d'inanition de Guelpa, etc., s'appliquent à certains diabétiques.

Lépine et Rathery, pour la médication, recherchent :

1° Les excitants de la glycolyse ;
2° Les modérateurs de la glycogénie ;
3° Les agents dont l'action est mixte.

A) 20 jours par mois, donner à chaque repas les cachets suivants :

Arséniate de strychnine. . . .	0 gr. 001
Poudre de Kola	ââ 0 gr. 20
Poudre de coca.	ââ 0 gr. 20
Glycéroph. de chaux . . .	ââ 0 gr. 20

pour un cachet.

B) 10 jours par mois, donner aux repas, le matin :

Hyoscyamine, un granule de 0 gr. 001,
le soir :
Camphre monobromé, 3 granules.

Terminer les repas par un demi verre d'eau de Vichy superalcalinisée.

C) Les deux mois qui suivent, si le taux du sucre n'a pas sensiblement baissé, donner pendant la première semaine :

Antipyrine . . . . } ââ 1 gramme
Bicarbonate de soude . . }

1 paquet, une heure avant chaque repas.

Pendant la deuxième semaine, A. Robin préconise, au réveil :

Bichlorhydrate de quinine, 60 centigr.

Alterner les deux médications.

D) *Cure Hydro-minérale.* De façon générale :

Le diabétique gras ira à Vichy;
Le diabétique maigre,
Le diabétique cachectique, à La Bourboule.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

L'inaptitude temporaire des médecins.

Permettez-moi d'avoir recours aux bons offices de votre Journal au sujet de quelques renseignements que je serais très désireux de posséder.

Ayant passé devant une commission d'inaptitude, les deux médecins consultants voulaient me faire avoir six mois d'inaptitude. La direction du Service de santé s'y est complètement opposée et je n'ai eu qu'aptitude restreinte.

Je sais que pour les médecins, l'inaptitude définitive est supprimée, mais *l'inaptitude momentanée pour une période de trois mois existe-t-elle toujours ?*

Un médecin, par suite de maladie ou de blessure, doit pouvoir être momentanément inapte au même titre qu'un officier combattant.

Je vous serais très obligé de me renseigner à ce sujet et de me fournir, s'il y a lieu, le nos des circulaires.

D. P.

Réponse.

Il n'y a plus en effet d'inaptitude définitive pour les médecins, sans que celle-ci entraîne *ipso facto*, une proposition pour la radiation des cadres.

D'autre part, l'inaptitude temporaire n'est pas encore envisagée dans la réglementation en vigueur.

Si vous ne vous sentez pas en état de reprendre un emploi aux armées le jour où l'on vous y enverrait, le plus simple serait

de faire renouveler votre congé de convalescence, à la suite d'une hospitalisation plus ou moins longue.

La mise en congé sans solde des vieux R. A. T.

Je suis actuellement hors cadre pour raisons de santé jusqu'au 22 octobre prochain.

D'autre part, étant de la classe de recrutement 1892 et ayant quatre enfants, j'appartiens à la classe 1888.

Je lis dans votre *Concours* que je puis obtenir la mise en sursis d'appel. Ce sursis d'appel pour la classe 1888 ne constitue pas un droit, je crois, mais est-il à votre connaissance que ces sursis d'appel soient habituellement accordés?

A qui faut-il demander ces sursis et dans quels délais?

Ma mise hors cadre finissant le 22 octobre, serait-il bien que je demande dès maintenant mon sursis d'appel pour éviter toute interruption dans l'exercice de ma clientèle qui revient assez facilement.

Dr B.

Réponse.

Vous avez dû mal lire :

1° Les officiers ne sont jamais mis en sursis d'appel ;

2° Peuvent être mis en congé sans solde les médecins des classes 1888 et plus anciennes, ou qui s'y trouvent ramenés par 6 (six) enfants vivants : tel n'est pas votre cas, puisque vous n'avez que 4 enfants vivants;

3° Par contre, vous êtes dans les conditions requises pour demander votre affectation dans votre résidence du temps de paix, pourvu qu'il s'y trouve existant et vacant un emploi de votre grade.

La solde des docteurs en médecine, médecins auxiliaires du service auxiliaire.

Les docteurs en médecine du S. X. qui touchent l'indemnité de faisant fonction d'A. M. lorsqu'ils sont *médecins traitants*, touchent-ils cette indemnité, c'est-à-dire leur solde de médecin auxiliaire plus une somme pour arriver à la solde d'A. M. de 2e classe, quand ils n'ont pas la fonction de médecin traitant?

N'y a-t-il pas une *circulaire qui alloue la solde* d'A. M. de 2e classe à tous les docteurs en médecine du S. X. — ? — Si oui, quel est son No ?

Dr G.

Réponse.

Nullement; seuls les docteurs en médecine, médecins auxiliaires du service auxiliaire,

ayant un emploi de médecin traitant dans un hôpital complémentaire, reçoivent une indemnité qui porte leur solde mensuelle au taux de celle d'aide-major de 2e classe.

Mais vous pouvez postuler le grade de médecin aide-major de 2e classe. Peut-être même avez-vous été déjà l'objet d'une proposition *automatique en ce sens.*

La condition primordiale est que vous produisiez un certificat de visite et de contre-visite médicales spécifiant que vous êtes apte à remplir un emploi de ce grade même dans la zone des armées.

Solde et indemnités.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître :

1° Ce que doit recevoir mensuellement, à l'intérieur, un aide-major de 1re classe ayant 4 ans de grade;

2° Lors de son renvoi à l'intérieur, a-t-il droit à des frais de déplacement. Si oui, quel en est le montant? Dr C.

Réponse.

1° 389 francs par mois, plus 20 francs en remplacement d'ordonnance, si vous n'êtes pas monté; et 4 fr. 50 d'indemnité pour entretien de harnachement, si, ayant été monté, vous possédez et entretenez un harnachement;

2° Tout officier qui se déplace pour raisons de service a droit à des indemnités fixes et variables, calculées selon la durée de son déplacement entre l'heure de son départ de son affectation et l'heure de son arrivée à sa nouvelle et définitive affectation.

L'Intendance dont dépend l'intéressé règle ces indemnités sur un bordereau détaillé fourni par lui et indiquant notamment s'il est célibataire ou chef de famille.

Un soldat, docteur en médecine, a-t-il droit aux bénéfices des dispositions concernant les officiers du Service de santé.

Puis-je obtenir ma mise en congé sans solde et comment dois-je agir pour l'obtenir?

Je suis soldat de la classe 1890, affecté comme docteur en médecine à l'usine S...

Ma situation de famille : trois enfants vivants.

La Compagnie S... avait demandé mon sursis en 1915. Le ministère de l'armement et de fabrication de guerre m'a affecté à ladite usine en qualité de médecin.

Je n'ai jamais touché de solde militaire ; je suis payé par la Compagnie, mais peu.

Puis-je obtenir ma libération étant donné ma classe et le nombre de mes enfants ?

Dr T.

Réponse.

Simple soldat, vous suivez le sort de votre classe et n'avez droit à aucun des avantages qui sont à la disposition des officiers. Par contre, si votre classe est libérée, comme il en est question, vous le serez en même temps qu'elle, comme homme de troupe, tandis que les officiers de cette classe resteront mobilisés, sauf dispositions particulières prises expressément à leur égard.

Les affectations à l'intérieur.

Au moment où l'on devait fournir l'état des officiers du Service de santé faisant partie de la classe 1891, désireux d'être renvoyé à l'intérieur, j'étais en permission (novembre 1917). J'étais médecin chef d'ambulance et le médecin divisionnaire ne me communiqua pas la circulaire ministérielle. A ma rentrée, j'ai eu connaissance, par hasard, de cette circulaire. Je me rendis immédiatement chez le médecin divisionnaire qui reconnut ne m'avoir pas adressé la circulaire mais avoir fourni l'état me concernant. On avait mis à la colonne observation (desidaratum de l'officier) : « en *permission!!* » et sans doute une erreur fut commise par un secrétaire. On me porta : « région d'origine : Ne Région ». J'ai bien fait mon service militaire en 1892 dans la Ne Région mais je fais partie, depuis 1899, de la Re *Région* où j'ai conquis mes divers grades, et où je fus mobilisé, comme médecin aide-major de 1re classe. D'ailleurs, évacué comme malade, je fus dirigé ensuite en mars sur cette Re Région.

Et cependant, après une réclamation adressée hiérarchiquement à M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, vers le 20 novembre 1917, où j'indiquais comme région d'origine « Re Région » je fus relevé et dirigé sur la *Ne Région*, quand je quittai les armées à la date du ... 1918.

J'eus peut-être tort de ne pas réclamer en arrivant à la Ne Région. Bref, j'acceptai différents postes. Me voilà enfin nommé, au centre de dermatologie de la Ne Région, ce qui fait quatre mutations en cinq mois !

A l'heure actuelle, ma femme étant gravement malade, je demande a être réaffecté à la Re Région, où j'aurais dû être envoyé en quittant les armées. Ma demande, adressée à M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, suit la voie hiérarchique depuis huit jours.

Je me permets de demander :

1° Si elle a des chances d'être admise ;

2° Au cas ou ma demande serait rejetée, à qui puis-je en appeler?

Car la circulaire ministérielle est formelle : les médecins de la classe 1891 doivent être renvoyés à leur région d'origine. Dr B.

Réponse.

La région d'origine d'un médecin est celle à laquelle il comptait à la mobilisation.

Votre réclamation a donc toutes les chances possibles d'être admise et satisfaction vous sera sans doute donnée. Si, un mois après l'envoi de votre lettre au sous-secrétariat du Service de santé, vous n'avez pas de réponse, il faut récidiver et vous pouvez alors négliger la voie hiérarchique en précisant qu'une première démarche aiguillée par cette voie n'a obtenu aucun résultat.

Joignez la justification de votre région d'origine.

Les études médicales des étudiants mobilisés.

Un de mes amis m'écrit pour me recommander un jeune soldat de la classe 19, élève aspirant dans un régiment d'infanterie, lequel, titulaire de deux inscriptions de médecine, voudrait obtenir un poste lui permettant de continuer ses études, tel qu'infirmier dans un hôpital ou tout autre du même genre. Je crois qu'il n'y a dans ce cas rien à faire — c'est ce que j'ai répondu — mais je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me fixer définitivement à ce sujet dans la prochaine « correspondance médicale » du *Concours* en me disant si deux inscriptions de doctorat en médecine peuvent créer à leur titulaire un droit à une situation spéciale. D. P

Réponse.

Sont seuls autorisés à continuer leurs études dans les Ecoles et Facultés du territoire les étudiants en médecine de la réserve de l'active qui appartiennent au service auxiliaire, ou qui ont été évacués du front pour blessure ou maladie.

Tel n'est pas le cas de votre jeune soldat qui pourra seulement, dès qu'il remplira les autres conditions exigées, briguer le galon de médecin auxiliaire.

Le retour à l'intérieur des vieux R. A. T.

Je vous serais très reconnaissant de me dire jusqu'à quel point la circulaire de fin juillet 1917, prescrivant d'affecter aux formations sanitaires

les plus rapprochées de leur résidence, les médecins de la classe 1887, ou assimilés par leur nombre d'enfants, a un caractère impératif. Je viens en effet d'être victime de l'absolutisme d'un directeur de Région, qui m'envoie à 200 kilomètres de chez moi, et j'ai 50 ans bientôt, et 2 enfants.

Quoi faire ?

Réponse.

Il faut appartenir aux classes 1888 et plus anciennes ou y être ramené par ses charges de familles pour pouvoir être affecté à sa résidence du temps de paix, à condition toutefois qu'il existe une vacance dans le personnel médical de la place et qu'il n'y ai par suite, pas lieu à création d'un emploi nouveau.

Les affectations des médecins auxiliaires du service auxiliaire.

A la fin d'une convalescence pour blessure de guerre, j'ai été versé dans le service auxiliaire. J'étais avant ma blessure, et je suis encore, médecin-auxiliaire.

On m'a affecté depuis le 2 février 1918 à un groupe de brancardiers divisionnaires (qui est considéré, à juste titre, comme une unité combattante). Ma situation est-elle régulière ou bien ai-je le droit de revendiquer une autre affectation dans la zone des étapes, ou même dans la zone de l'intérieur, me rapprochant de mon domicile ?) Si oui, en vertu de quelles circulaires ?

Je sais votre amabilité à répondre aux questions personnelles, c'est pourquoi je m'adresse à vous, en vous priant de m'abonner pour trois mois à votre journal. J. L.

Réponse.

Vous ne nous précisez pas votre classe de mobilisation : il est donc des points sur lesquels nous ne pouvons vous répondre.

En principe, un médecin auxiliaire du Service auxiliaire, peut toujours être affecté, dans la zone des armées, à un emploi compatible avec aptitude.

Si vous ne vous sentez pas capable de tenir votre emploi au G. B. D., faites le constater médicalement et demandez une situation à l'arrière ou dans la zone des étapes.

Nous n'acceptons pas d'abonnements pour moins *d'un an*.

A propos de l'avancement.

Voulez-vous avoir l'obligeance de faire savoir à un de vos fidèles abonnés si le renseignement que l'on vient de me donner est exact: Il a paru, il y a quelque temps, une circulaire ministérielle, relative à l'avancement des aides-majors de 1re classe, spécifiant que, dorénavant, cet avancement se fera en tenant compte, des *années de pratique dans la vie civile*, temps passé sur le front, etc... Je ne connais pas les données exactes de cette circulaire ; pouvez-vous me fournir des indications plus précises? A quelle époque cette circulaire a-t-elle paru?

Réponse.

Nous ne connaissons aucun documeut officiel qui donne maintenant aux médecins, comme un titre à l'avancement, leurs années de pratique civile.

Ceci est demandé par bon nombre de correspondants dont nous publions les lettres. Nous-mêmes avons soutenu et soutenons encore qu'un médecin qui a 40 ans d'âge et quinze ans de pratique médicale, devrait *ipso facto*, avoir, sous le régime actuel, 3 galons.

Mais nulle circulaire, à notre connaissance, n'est encore venue faire passer nos idées sur ce point, du désir à la réalité.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort d'un de nos plus anciens membres du *Concours médical*, le Dr Louis Porquet (de Vire), médecin des hôpitaux de Vire, Chevalier de la Légion d'honneur.

Bien que dégagé d'obligations militaires par son âge, le Dr Louis Porquet était parti un des premiers aux armées, comme médecin-major de 1re classe. Il fit la retraite de Charleroi, et, ainsi que l'a rappelé le Dr Lepelletier dans son discours prononcé sur la tombe de notre confrère, le Dr Porquet faillit être fait prisonnier à Guise, avec l'ambulance dont il était médecin chef.

Notre confrère, qui fut un érudit, a publié d'intéressantes études sur la peste en Normandie au XIVe et au XVIIe siècles.

Nous adressons à sa famille, à sa veuve, à son frère, M. Jean Porquet, avocat à Vire, nos condoléances attristées.

Le Livre d'or du corps médical français.

Citation.

Decourt (Jacques), médecin auxiliaire au 3e bataillon du 156e d'infanterie.

« Jeune médecin auxiliaire plein d'entrain. A montré le plus grand courage et un dévouement parfait au cours des journées du 22 au 28 juillet 1918, en donnant ses soins aux blessés sur le champ de bataille ».

(Ordre du Régiment, du 9 août 1918).

Le médecin auxiliaire Jacques Decourt, est le fils de notre excellent confrère et ami, le Dr Decourt, de Mitry-Mory. Sincères félicitations du *Concours médical*.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Les soldes après quatre ans de service.

Les médecins aides-majors de 1re classe et les médecins-majors de 2e classe actuels, qui étaient déjà titulaires de ces grades le 2 août 1914, ont droit, depuis le 2 août 1918, au deuxième échelon de solde de leur grade, après quatre ans de services effectifs, soit :

406,50 par mois pour les aides-majors de 2e classe ;

481,50 par mois pour les médecins-majors de 1re classe.

Abstraction faite des indemnités et allocations de toutes natures qui leur sont allouées à des titres divers.

La mise en congé des vieux médecins R. A. T. Donner et retenir ne vaut.

La circulaire ministérielle n° 14.077 A 1/7, du 30 avril 1918, étendait aux médecins de la classe 1888, la mesure prise par la circulaire ministérielle n° 33.763 1/7 du 21 octobre 1917. Celle-ci accordait aux médecins des classes 1887 et plus anciennes, la faculté de demander leur mise en congé sans solde ou leur mise hors cadre pour raison de santé.

Il était précisé que seuls pourraient bénéficier de cette mesure les médecins appartenant réellement aux classes 1888 et plus anciennes ou qui y étaient ramenés par six enfants vivants, un fils tué à l'ennemi comptant comme enfant vivant.

En outre, la circulaire ministérielle n° 1914 D du 17 février 1918, complétée par la note ministérielle n° 2833 du 27 mars 1918, plus catégorique encore, stipulait que les officiers de complément des classes 1888 et plus anciennes pouvaient être rayés des cadres *sur leur demande*.

Ce dernier document s'adressait à TOUS les officiers de complément, *sans aucune exception*. Il ne rangeait pas les médecins dans une catégorie à part, exclue du bénéfice de ces dispositions.

Ces différentes circulaires ont reçu toute la publicité possible et sont entrées en application. Nous connaissons des médecins qui ont été mis en congé illimité, ou hors cadre, ou même rayés des cadres en exécution de leurs prescriptions.

Or, il paraît que par une décision en date du 11 juillet dernier, rendue à la suite d'une demande formulée par un officier de complément de la classe 1888 en vue de sa radiation des cadres, M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé a fait connaître que les classes 1887 et 1888 sont maintenues à la disposition du Ministre pendant la durée de la guerre, et qu'*en raison des circonstances actuelles, il a décidé de ne pas donner suite, jusqu'à nouvel ordre, aux demandes de mise en congé illimité sans solde présentées par les officiers de complément du Service de santé des classes 1888 et antérieures.*

Nous sommes stupéfaits !

Et nous qui, il y a quinze jours, demandions respectueusement à notre distingué confrère, le Dr *Mourier*, de prendre en considération la situation de ses vieux confrères R. A. T. et d'étendre le bénéfice de ce que nous appelions ses *heureuses initiatives*, aux médecins des classes 1889 et même 1890 !

Nous étions loin de compte. Et nous n'aurions jamais supposé qu'au Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé, on fut capable de retirer subrepticement d'une main ce qu'on avait octroyé largement de l'autre.

Sans doute est-il exact que les classes 1887 et 1888 sont maintenues à la disposition du Ministre, jusqu'à la fin des hostilités. Mais il semble qu'il soit inopportun de faire jouer actuellement cette rigoureuse législation *au seul détriment du quarteron de vieux confrères quinquagénaires qu'elle atteint*. Invoquer les nécessités de l'heure, c'est tout simplement de l'enfantillage, car si vraiment le bon fonctionnement du Service de santé dépendait du maintien en activité des quelques aides-majors de 50 ans qui sollicitent leur mise hors cadre, voir leur radiation des cadres, aux termes d'une réglementation logique et judicieuse, ce pauvre Service de santé serait bien mal en point. Il nous est impossible de le supposer.

Non, il n'est pas possible que M. le Sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, avec la largeur d'idées et l'esprit d'équité et d'impartialité que nous lui connaissons, ait spontanément et littéralement voulu cela.

Nous préférons croire à une erreur d'interprétation de ses intentions, et nous osons espérer que, mieux informé et mieux renseigné, il rapportera la décision du 11 juillet qui lui est imputée et qui a tout juste le caractère d'une brimade. Nous osons espérer qu'à l'heure ou paraîtront ces lignes, il aura déjà donné des ordres formels pour que les demandes des vieux médecins en vue de leur mise hors cadre, dans les conditions des circulaires du 17 février 1918, du 27 mars 1918, et du 30 avril 1918, soient régulièrement et complètement instruites et acheminées, par les voies les plus directes et les plus rapides, pour décisions, vers son cabinet.

Ce qui sera justice !

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

I

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite [1])

Le triage des tuberculeux : parfait en théorie, déplorable en pratique.

Il y a dans l'organisation actuelle, c'est-à-dire créée depuis la guerre, des points très importants. Les circulaires dont l'inspiration vient d'ailleurs de Comités techniques sont très claires et ses principes sont nettement exprimés. Le malade tuberculeux doit être éliminé de l'armée. Un premier triage l'envoie du front vers l'arrière, de l'hôpital ordinaire sur l'hôpital sanitaire et là s'opère un autre triage. Si le malade est trop atteint pour pouvoir profiter d'un séjour en station sanatorium, il est réformé à l'hôpital et renvoyé dans sa famille ; s'il est susceptible d'une amélioriation notable, il est envoyé en station d'où il sort au bout de trois mois réformé pour retourner chez lui.

Les tuberculeux sortent donc de l'armée par trois portes :

a) Des hôpitaux ordinaires s'ils présentent des lésions particulièrement graves ;

b) Des hôpitaux sanitaires ;

c) Des stations sanitaires.

Les hôpitaux sanitaires doivent, en principe, être l'antichambre des stations sanitaires. Les malades y doivent séjourner pour améliorer leur état et attendre qu'ils puisseut profiter d'une cure sanatoriale (complications, etc.)

(1) Voir n° 11 du 1er juin, p. 517 ; n° 12 du 15 juin, p. 558 ; n° 13 du 1er juillet, p. 614 ; n° 14 du 15 juillet, p. 654 ; n° 15 du 1er août, p. 702 ; n° 16 du 15 août, p. 747.

Dans les stations sanitaires ne doivent être admis que des malades militaires ou réformés de guerre « ayant une tuberculose en voie d'évolution, de l'appareil respiratoire, et susceptible d'une amélioration notable, y compris les tuberculeux cavitaires, sous la réserve que ceux-ci aient peu ou pas de fièvre et qu'ils aient conservé un état général satisfaisant ».

« Ne seront pas justiciables des dits établissements, les malades dont l'état aigu ou suraigu et grave réclame encore les soins immédiats et continus à donner dans les hôpitaux sanitaires ou régionaux, où les soldats atteints de tuberculose grave, en évolution, devront être conservés et traités jusqu'à ce que leur évacuation sur les stations sanitaires puisse être proposée. »

Tels sont les militaires atteints de phtisie aiguë, de tuberculose pulmonaire caséeuse étendue, de cavernes pulmonaires avec fièvre élevée ou état cachectique, de fièvre hectique, ou de fièvre élevée permanente, d'entérite ou de péritonite en évolution.

Le rôle de chaque organisme est donc bien défini, sans qu'il soit difficile de comprendre pourquoi, les uns appartiennent à la guerre et les autres à l'intérieur, et bien que, sur différents points, leurs rôles semblent se confondre. En tout cas, le triage semble devoir être impeccable ; il paraît impossible qu'un grand malade, qu'un mourant puisse venir d'un hôpital ordinaire dans un hôpital sanitaire, et, à plus forte raison d'un hôpital sanitaire dans une station. Il semble que la station doit bien être réservée aux malades susceptibles d'en profiter et qu'un filtrage sérieux en élimine les autres. Le contraire est vrai : les stations sanitaires sont encombrées de grands malades et reçoivent des mourants... ; les ordres ne sont pas exécutés et il n'y a pas de contrôle. Or, cela dure depuis la fondation des stations, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, et cela continue.

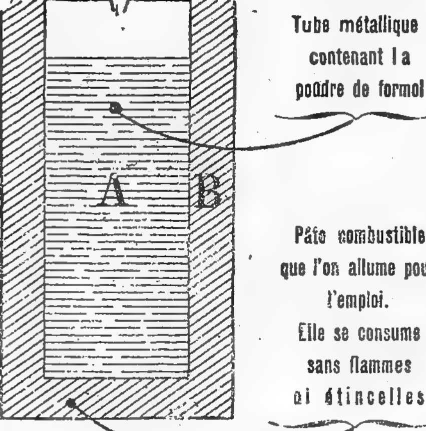
Après les Maladies contagieuses

PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

par les Vapeurs de Formol
A L'AIDE DU

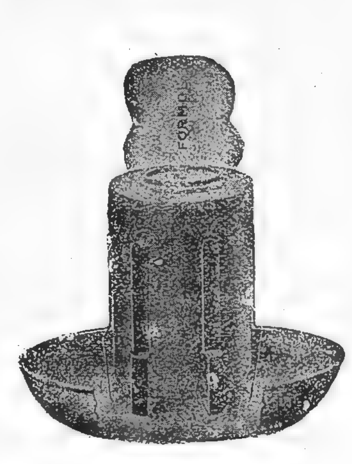
FUMIGATOR GONIN

DESCRIPTION



Tube métallique contenant la poudre de formol

Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi. Elle se consume sans flammes ni étincelles



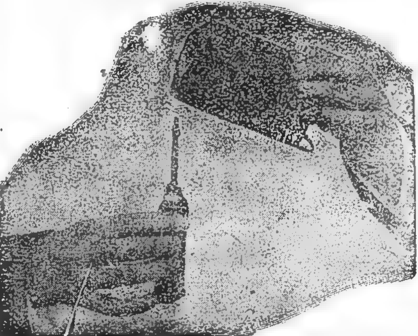
Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur, la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer ?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé ***La DÉSINFECTION de ses LOCAUX*** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(Art. 17 du décret du 10 Juillet 1906)

Prix : le GONIN pour 20$^{m^3}$, 5 francs.

ÉTABLISSEMENTS GONIN, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : 517-23 — Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS

Une fois le malade arrivé à la station et l'erreur signalée, il est trop tard généralement. Le premier voyage a déjà fortement déprimé un moribond qu'il faut garder jusqu'à sa mort.

Les stations sanitaires, nous l'avons dit, appartiennent au ministère de l'Intérieur. Elles reçoivent des militaires en instance de réforme et des civils réformés. Le triage dont nous avons parlé concerne les militaires ; pour les civils, c'est assez curieux.

Pour eux le triage est fait dans un bureau du ministère, « sur pièces », c'est-à-dire au vu d'une feuille de renseignements souvent vague et souvent déjà ancienne.

Des deux côtés, civil et militaire, les stations sanitaires sont donc détournées de *leur rôle*. Ce rôle n'est donc pas joué comme il devrait l'être ; c'est un sérieux accroc dans le système, qui cause certainement un sérieux grincement dans les rouages. Les causes ? Les médecins ignorent ? Mais ce sont les médecins des Dispensaires pour le civil. Ils ont donc été mal choisis. C'est possible, mais le contrôle ? Encore des médecins, mais qui jugent sur pièces, ceux-là !

Ainsi, le triage qui doit être fait ne l'est pas. J'ai pris des exemples très gros, des abus, des erreurs graves ; à côté de celles-ci, combien d'autres ! Un triage qui laisse filtrer des erreurs si énormes est jugé et l'on peut affirmer sans crainte que les stations sanitaires ne répondent pas aujourd'hui au but que l'on se proposait d'atteindre ; elles sont, pour une part trop large, des hôpitaux placés à la campagne. Et cependant, le point sur lequel j'ai fait porter cette critique est l'un des plus faciles à régler. Les textes sont clairs ; ils épousent, en quelque sorte, la forme du plan conçu. L'exécution en est simplement lamentable.

***

La station sanitaire. — Critique de son organisation.

A dessein, j'éloigne les critiques touchant l'exposition du bâtiment, le choix de la région, de l'immeuble et même, son appropriation. Il y a eu une part d'improvisation, d'adaptation qui a pu laisser place à l'incertitude et au tâtonnement. Pourtant, il serait naïf de penser que, dans ces diverses opérations, choix du local, appropriation de l'immeuble, des études, un plan d'ensemble aient été faits. Il y a eu des visites officielles de personnages incompétents, des études parcellaires d'architectes départementaux très occupés, dont les initiatives étaient guidées non sur le travail à exécuter, mais sur la somme à dépenser. Il serait puéril de penser que l'on ait, faute de subsides assez importants, « étagé » les travaux. L'Administration est fantaisiste ; elle fait une maison, d'abord, dans laquelle elle amène en visite le Préfet ; on inaugure ; les malades arrivent... Alors, on songe parfois à l'eau ; mais on tâtonne : problème délicat. Il faut beaucoup d'eau ; mais pour en avoir beaucoup, il faudrait puiser d'abondance et le projet est cher... On cherche ailleurs ; on va chercher des sources que la sécheresse épuise ; on barre une vallée fissurée ; l'eau s'échappe... et l'on a dépensé 200.000 francs pour ne rien avoir. Dix ans après, on se décide à faire l'effort qu'il eût fallu faire d'emblée ; on a dépensé le double... et pendant dix ans, la maison a mal fonctionné, faute de cet élément essentiel, l'*eau*.

Il faudrait se livrer à une étude précise des stations pour faire en ce qui les concerne l'histoire complète des erreurs administratives. Cette histoire serait longue ; elle apporterait seulement des faits plus nombreux à l'appui d'autres faits connus, à la portée de tous.

Quant à l'organisation « administrative », c'est-à-dire à la vie intime de ces stations, le moins qu'on en puisse dire, c'est qu'elle est curieuse. L'Administration est fort embarrassée encore ; elle n'a comme exemple que les asiles d'aliénés ou les hôpitaux. La station sanitaire est, dans une certaine mesure, un sanatorium ; c'est un organisme neuf. Comment penser que l'administration française est susceptible de concevoir les difficultés d'une pareille œuvre ! Dans les hôpitaux, elle recueille un blessé ou un malade ; elle le loge, le blanchit, le nourrit ; c'est tout. Le chirurgien et le médecin agissent.

Le malade passe là quelques semaines et sort ou meurt. Mais dans le sanatorium, c'est le médecin qui doit distribuer, doser l'air, le repos, l'alimentation, le mouvement ; s'ingénier à créer une atmosphère pour ses malades, les placer dans un rythme de vie nécessité par leur état, tâche ardue, difficile, où il faut un contact intime entre malades et médecin, un courant de confiance, une souplesse, un doigté délicat, une parfaite compréhension du milieu et des hommes.

Comment pareille organisation, qui doit évidemment reposer sur une tête bien choisie, peut-elle être confiée à une administration, c'est-à-dire à des bureaux qui s'ignorent et souvent même, se jalousent et se combattent ! Le contrôle est difficile et l'Administration demande surtout : « point d'affaires ». Là où il faut toute l'énergie, toute la ténacité d'un homme d'action, on préférera la souplesse d'un aimable pantin dont on tirera les ficelles, ou la nonchalance d'un profiteur Et l'on aura des chaises longues, un immeuble, une façade...

C'est l'image de l'organisation actuelle. J'ajoute que l'intention n'a pas été mauvaise ; il s'est trouvé des hommes bien intentionnés, des orateurs sincères de la lutte antituberculeuse. La façade est alors plus ornementée. Mais la meilleure intention ne suffit pas aux hommes sincères il leur faut des conseils techniques, avisés. indé-

pendants, dont les avis s'expriment au grand jour et sont contrôlables.

Pour les stations, l'initiative, la direction doivent appartenir au médecin; tout y est médical; ce sont les maisons de cure.

Mais, actuellement, le personnel est indépendant du médecin; on peut le nommer, le changer sans que le médecin en soit même averti; ce personnel est un personnel de fonctionnaires; et chose plus grave, d'ailleurs, il a été éduqué *administrativement*. Pour lui, le rouage essentiel, c'est l'Administration; c'est elle qui nomme, à qui l'on obéit, c'est elle qui dirige. L'infirmière-major est la puissance; elle ne veut pas apparaître comme une subordonnée. Ici, nous retrouvons la situation qui a causé tant de conflits dans les hôpitaux de la Croix-Rouge. Ce personnel est recruté dans une Association d'infirmières-visiteuses de France. Une école a été créée à Laënnec d'où sortent les infirmières qui sont ensuite envoyées dans les stations. Certes, nous ne voulons que louer le dévouement très grand d'un personnel que nous avons vu à l'œuvre; mais il reste à démontrer que le statut qui lui a été donné est parfait. Et surtout, nous trouvons qu'une organisation qui permet de placer à tel ou tel poste tel ou tel aide technique, sans même consulter le médecin, qu'une organisation dans laquelle le personnel technique échappe, en quelque sorte, au technicien responsable, est jugée. Dans les hôpitaux ordinaires, la chose, qui existe hélas! souvent, est déjà déplorable; mais encore, le personnel médecin peut être en butte aux tracasseries de l'Administration sans que le malade en souffre.

Dans un sanatorium, au contraire, la coordination de tous les efforts est indispensable pour créer et maintenir une quiétude, une atmosphère qui sont les conditions essentielles d'un traitement efficace. Il faut que là, plus qu'ailleurs, le médecin soit le pivot de l'organisation, le responsable, le créateur; qu'il ait le pouvoir en même temps que la responsabilité. Sa place est celle d'un chef et non celle d'un subordonné. Une administration qui n'a pas pu comprendre qu'elle était faite pour les contribuables, n'a pu davantage se plier à cette idée que l'*hôpital et la station sont faits pour les malades*. Le but qu'elle ne voit pas ordinairement, elle n'a pas su le voir davantage en matière de lutte antituberculeuse. C'est ainsi que nous avons des stations sanitaires auxquelles il manque les conditions essentielles de succès, conditions matérielles et morales. Quant à cet autre élément essentiel, le médecin, nous n'en parlons pas : nous sommes en guerre; il vient d'où il peut, élément militaire, détaché le plus souvent par le hasard, ou les connaissances qu'il a dans le « milieu administratif », ou la faveur.

R.-L.

(A suivre).

II

La lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine.

Une lettre du Syndicat des médecins de la Seine au Conseil général.

Nous croyons devoir publier à titre de document intéressant la note que M. Ambroise Rendu a déposée au Conseil général de la Seine. Cette note présente d'autant plus d'intérêt qu'elle reproduit une lettre rédigée, après enquête et discussion, par le Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, et adressée aux conseillers généraux.

Note relative à la lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine.

présentée par M. AMBROISE RENDU.

Conseiller général de la Seine et Conseiller municipal de Paris.

Messieurs,

Les membres du Syndicat des médecins de la Seine, préoccupés des projets relatifs à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans le département de la Seine, ont adressé à notre président une lettre par laquelle ils demandaient à présenter des observations résultant de leur expérience personnelle acquise par une longue pratique.

Comme j'avais eu l'honneur d'être président de la Commission de la tuberculose et son rapporteur en 1913, notre président m'a engagé à me mettre en rapport avec les membres du Syndicat. Je l'ai fait et j'ai demandé à ces Messieurs de résumer leurs constatations et d'indiquer leurs vues, dans l'intérêt de la cause sociale et nationale à laquelle nous sommes tous dévoués.

Voici la lettre qui est adressée à tous les membres du Conseil général :

« Paris, le 22 mars 1918.

« M. le Président,

« Vous trouverez, ci-joint, le compte rendu des séances que le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a consacrées à la question de l'organisation de la lutte contre la tuberculose, et, en particulier, des dispensaires à Paris et dans la banlieue.

« Nous regrettons que la date de la réunion du Conseil général, plus rapprochée que vous ne nous l'aviez fait prévoir, ne nous laisse pas le temps d'établir un rapport d'ensemble. Mais, si le Conseil accorde aux vœux qui lui sont exprimés par les représentants du groupement professionnel le plus considérable de Paris et du département, l'attention qu'ils nous semblent mériter, nous sommes convaincus qu'il ne prendra pas de

décision sans nous avoir entendus et sans avoir étudié les solutions que nous lui apportons.

« Le compte rendu de nos séances démontre l'intérêt que nous portons à l'organisation de l'action antituberculeuse et démontre aussi qu'il sera possible d'associer à celle-ci le corps médical de Paris et de la banliene, si l'on veut en prendre la peine.

« Le Conseil général comprendra facilement que la collaboration des praticiens est nécessaire. C'est à eux qu'il faut s'adresser, si l'on veut que, dans un temps assez court, tout malade sans ressources ou de très petite situation, suspect de tuberculose, soit dirigé sur les dispensaires où sera établi le diagnostic définitif, et d'où le tuberculeux sortira, orienté sur les œuvres diverses dont ces dispensaires seront le centre. En ce moment, les malades qui se présentent dans les dispensaires déjà créés à Paris sont, pour la plupart, des tuberculeux avérés ayant contaminé des personnes de leur entourage; l'œuvre de prophylaxie ne peut être complète sans le concours du médecin qui soupçonne la tuberculose à l'occasion d'une bronchite, d'une pleurésie, d'un état dyspeptique, d'un mauvais état général, et auquel le dispensaire peut permettre de poser un diagnostic exact.

« Avant de parler d'organisation médicale, nous rappellerons que le problème fondamental, au point de vue de la lutte antituberculeuse, se trouve dans la suppression des taudis, des logements insalubres et surpeuplés. L'exemple de l'Angleterre montre les résultats admirables que l'assainissement du foyer permet d'atteindre. Mais la solution dépend des pouvoirs publics, des conseils municipaux et généraux, du Parlement et non du corps médical.

« Les dépenses considérables qu'il faut engager, si l'on veut atténuer profondément le fléau de la tuberculose, sont dues à cette nécessité de transformer les logements où vivent de nombreux individus appartenant à la classe pauvre. Les dépenses d'ordre médical (installation de sanatoria, de dispensaires, frais d'entretien de personnel) sont accessoires et relativement insignifiantes.

« N'oublions pas, d'ailleurs, que le budget de la tuberculose existe déjà quoiqu'il n'ait pas de rubrique spéciale. Les tuberculeux pauvres de Paris et du département de la Seine sont mal soignés, à l'heure actuelle, dans les hôpitaux; ils sont traités trop tard, trop souvent d'une manière négligente, mais ils sont soignés. Ces tuberculeux et leurs familles reçoivent, en outre, des secours de l'Assistance publique et des œuvres privées, mais ils les reçoivent trop tard et il s'agit, si l'on veut faire œuvre utile, de distribuer ces secours d'une manière préventive, au début de la maladie et quand elle est curable.

« N'oublions pas, non plus, que la mort et non seulement la maladie d'un tuberculeux représente une somme perdue pour la collectivité; s'il disparaît, chaque année 10.000 à 12.000 tuberculeux à Paris et dans la banlieue, les pertes qui en résultent au point de vue social, peuvent être évaluées à plus de cent millions par an.

« Il faut engager la lutte contre la tuberculose avec résolution, avec des idées précises sur les sacrifices qui seront nécessaires, mais en voulant qu'ils soient utiles et même rémunérateurs et, pour cela, donner à toutes les questions d'organisation l'attention qu'elles méritent.

« Le dispensaire antituberculeux représente l'organisme essentiel de la lutte contre la tuberculose, au point de vue médical. C'est au dispensaire que le diagnostic est posé d'une manière précise, scientifique, définitive, par les moyens de clinique et de laboratoire, en particulier, par l'examen systématique des crachats.

« La tuberculose reconnue, le malade est dirigé sur un sanatorium (le nombre de ceux qui existent pour Paris et la banlieue est tout à fait insuffisant), sur l'hôpital, ou envoyé à la campagne, ou maintenu à la ville, suivant les cas. Les modalités de la cure diffèrent, mais tout tuberculeux relève d'une cure hygiénodiététique rigoureuse; l'action thérapeutique, sous les formes médicamenteuses, n'a qu'une importance accessoire, et il en sera de même tant que de nouvelles découvertes n'auront pas modifié le traitement de la tuberculose.

« La surveillance du malade, l'application des mesures de prophylaxie, quand il reste chez lui, doivent être assurées par des infirmières ou des infirmiers relevant du dispensaire.

« Enfin, sur la demande du médecin, et comme suite à l'enquête faite par lui et les infirmières qui l'entourent, des soins de nature variée peuvent être alloués au malade, et à sa famille.

« Tout ceci est connu, tout le monde est d'accord; il est inutile d'insister sur les détails, sauf pour faire remarquer de nouveau l'importance extrême du diagnostic et du traitement précoce. Mais on ne saurait étudier de trop près tout ce qui touche au recrutement et aux fonctions du personnel médical, à l'organisation intérieure du dispensaire.

« Nous croyons et nous disons, sans réserves, que si le Conseil général confie à l'Assistance publique le soin de la lutte contre la tuberculose, que si son but est de créer, d'accord avec celle-ci, quelques dispensaires analogues à celui qui existe à l'hôpital Laënnec (dispensaire Léon Bourgeois), il faut s'attendre, purement et simplement, à l'échec de la lutte antituberculeuse, au point de vue médical, à Paris et dans la banlieue.

« Comme les médecins américains, nous concevons le dispensaire type comme un dispensaire de petites dimensions, affecté à un ou deux

quartiers. Il faut agir sur place, ne pas obliger les malades à de longs déplacements, non plus que les infirmières qui les surveillent.

« Et il faut éviter, avant tout, l'encombrement fatal dans les grands dispensaires. Un dispensaire encombré ne permet pas l'examen complet, par le médecin chef, de tous les malades qui s'y présentent, alors que cet examen est la condition nécessaire du diagnostic précis et d'une cure appropriée, dans chaque cas particulier.

« Il nous semble qu'un médecin chargé d'un dispensaire peut examiner utilement, dans une matinée, de quatre à six malades nouveaux et de huit à dix malades connus. Parmi les malades qui se présentent au dispensaire, un grand nombre, nous a dit le docteur Kuss, dont la compétence et l'autorité sont reconnues de tous, ne sont pas des tuberculeux.

Certains peuvent être éliminés de suite, mais, dans d'autres cas, le diagnostic est douteux et il faut des examens réitérés pour établir l'existence ou l'absence de la tuberculose.

« D'ailleurs, le travail médical du dispensaire ne peut être accompli par personne autre que le médecin qui le dirige et ne peut jamais être confié à des aides. Seule, l'autorité du médecin chef peut faire accepter par le malade qu'il a examiné, le verdict qu'il porte au point de vue du diagnostic; seule, son autorité assure la direction d'un malade dans une voie ou dans une autre et la discipline d'esprit qui est nécessaire. Confier, comme l'avait fait l'Assistance publique, avant la guerre, la direction d'un grand dispensaire annexé à un hôpital, à des médecins chargés de services dans cet hôpital c'est méconnaître les conditions les plus élémentaires d'une bonne organisation.

« Pour lutter réellement contre la tuberculose, il importe, avant toutes choses, d'éviter toute besogne de surface et d'apparence.

« On ne saurait engager utilement la lutte à Paris et dans la banlieue, sur tous les points à la fois. Nous demandons que le Conseil général crée, chaque année, et d'abord dans les quartiers où la mortalité par tuberculose est le plus élevée, quelques petits dispensaires, à rayon d'action limitée, où les malades viendront en nombre restreint, où chacun sera examiné par le médecin chef d'une manière approfondie, où aucune décision ne sera prise à la légère. Il importe, disait Alfred Fournier, au sujet de l'organisation de la lutte antisyphilitique, que le malade qui se présente au dispensaire rencontre une attention égale à celle que trouve un malade chez un médecin personnel.

« Cette nécessité s'impose, en matière de tuberculose, non moins qu'en matière de syphilis.

« En quelques années, un réseau de dispensaires serait créé à Paris et dans la banlieue.

« Comment seront recrutés les médecins des dispensaires, quels avantages faut-il leur attribuer en échange de la tâche qui leur sera demandée?

« Nous ne serons pas moins précis sur ce point que sur le précédent.

« La besogne du dispensaire est une besogne ingrate, nous dirons même fastidieuse. Raison de plus pour ne pas permettre aux médecins qui en auront la responsabilité de se décharger sur des subordonnés. Elle sera moins lourde, il est vrai, pour les hommes qui auront conscience de remplir une véritable mission sociale que pour d'autres.

« Nous ne croyons pas que la direction des dispensaires, tels que nous les concevons, puisse être confiée aux médecins de l'Assistance publique, et nous le disons hautement, malgré l'estime et la sympathie que nous portons aux uns et aux autres. Il ne faut pas que l'action antituberculeuse, menée avec précision, méthode, dans un dispensaire de quartier pauvre, apparaisse jamais comme une corvée qu'un médecin accepte de remplir, en attendant mieux; il ne faut pas que les malades apparaissent comme des objets d'observation, d'étude et d'enseignement. Les conditions du travail, dans un dispensaire, ne peuvent ressembler en rien à celles d'un service d'hôpital.

« Dans le système que nous proposons, il serait d'ailleurs loisible à tout médecin des hôpitaux et du bureau de bienfaisance qui voudrait se consacrer à la lutte antituberculeuse et prendre la direction d'un dispensaire, d'obtenir celle-ci, sous la réserve qu'il ne remplisse, en même temps, aucune fonction autre d'assistance.

« Nous demandons que la direction des dispensaires soit confiée à des praticiens, désignés par les municipalités de Paris, sur une liste établie à l'élection, par les médecins de chaque arrondissement, ceci, pour une période de trois années.

« Ainsi, tous les praticiens seraient intéressés à l'œuvre des dispensaires, les connaîtraient, en apprendraient le chemin.

« Ainsi, la direction ne serait confiée qu'à des hommes qui voudraient l'assurer et le feraient avec goût.

« Ainsi elle ne représenterait ni un échelon au cours d'une carrière, ni un lieu de retraite pour des hommes fatigués.

« Et on pourrait exiger des médecins auxquels serait confié un dispensaire, un stage régulier, préalable, de deux ou trois mois dans un dispensaire déjà établi, ce qu'on ne pourrait obtenir des médecins de l'Assistance.

« Nous demandons que les médecins soient payés. Les traditions de l'Assistance publique veulent qu'elle confie les places, dans ses différents services, à des médecins qu'elle rénumère

d'une manière insuffisante; elle compense la modicité de l'indemnité qu'elle alloue par le prestige d'un titre officiel. Ce système a de bons, mais a aussi de mauvais côtés; appliqué aux dispensaires de quartier, il n'en aurait que de mauvais. Il faut exiger beaucoup des médecins qui les dirigeront; mais, en compensation, il faut simplement payer; nous estimons à 5.000 francs par an le traitement d'un médecin de dispensaire qui devra venir tous les jours et remplir la tâche ingrate dont nous avons parlé.

« En terminant, nous sommes d'accord pour demander l'institution d'une Commission de la tuberculose à Paris, Commission dont celle que vous présidiez au Conseil général pourrait fournir le noyau.

« En dehors des conseillers généraux et municipaux, elle pourrait comprendre des médecins appartenant aux corps officiels, des praticiens, nommés par ceux qui dirigeraient les dispensaires, des représentants des syndicats médicaux et des hygiénistes.

« Le rôle de cette Commission serait d'accroître et de maintenir l'activité des dispensaires en provoquant, une ou deux fois par an, des réunions où les médecins présenteraient leurs rapports, leurs observations: d'intéresser les médecins, tous les médecins, à l'œuvre de prophylaxie ; de leur en faire connaître les résultats: de provoquer des études et des recherches nouvelles, des enquêtes; d'établir des relations avec les Commissions semblables qui existent à l'étranger.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos respectueux sentiments.

« *Le président*,
« Docteur Leredde.

« *Le secrétaire général intérimaire*,
« Docteur Gascuel ».

* * *

A la suite de ces observations. je crois devoir placer celles du groupe des médecins, attachés à la fondation Rockfeller, qui ont entrepris, dans le XIXe arrondissement, la lutte contre le fléau et combattent ainsi, armés de leur propre expérience, l'ennemi de deux nations amies.

Deux dispensaires ont été créés par eux 26, rue de l'Argonne, et 2, rue des Mignottes.

Ils veulent avoir, par arrondissement, un poste central et trois ou quatre succursales de quartier.

Les médecins estiment que le vrai moyen de combattre la tuberculose, c'est de la dépister et de protéger les parents et les enfants des tuberculeux avérés.

Ce soin essentiel, base de toute l'action, incombe à des infirmières visiteuses, pour lesquelles a été fondée une école qui compte déjà soixante élèves. C'est à ces infirmières qu'est confié le soin de visiter les malades, de les conduire au dispensaire voisin et d'éloigner les enfants pour les mettre à la campagne. Pour ceux qui sont atteints gravement, des hôpitaux spéciaux ou des salles spéciales doivent être réservés.

Le sanatorium coûteux doit être le couronnement de l'édifice, mais il ne joue pas un rôle prépondérant dans l'organisation américaine.

Ce qu'on cherche surtout, et c'est ainsi que dans les grandes villes américaines des résultats sérieux ont été obtenus, c'est l'éducation du public par des expositions, par le cinéma, par les tracts. Des expositions ambulantes ont été organisées et ont produit les meilleurs résultats.

J'ajouterai que les médecins de la mission américaine sont partisans de la déclaration obligatoire secrète au bureau d'hygiène, avec les mesures de protection qu'elle comporte.

* * *

Au congrès du génie civil qui vient de se terminer après d'importants rapports et de très intéressantes discussions, *l'Union des industries métallurgiques et minières* a entrepris, avec l'appui du grand patronat français, d'engager la lutte contre la tuberculose dans le milieu où se recrutent les ouvriers qu'elle emploie, en s'occupant des malades *curables*.

Dans ce but elle envisage le sanatorium et le dispensaire.

Le dispensaire doit :

I. — Dépister la tuberculose dans les milieux ouvriers, rechercher les sujets atteints ou menacés, les attirer à lui, pour :

a) Faire leur éducation hygiénique et prophylactique à l'égard de leurs familles et de leurs voisins;

b) Introduire l'hygiène et assurer la prophylaxie dans la famille, par l'usage de crachoirs, le nettoyage, la désinfection des linges souillés et du logement; toutes ces fonctions sont assurées par l'action d'un personnel médical spécial (infirmière visiteuse spécialisée ou visiteur enquêteur formé dans ce but);

c) Accessoirement, soigner les malades, en laissant, autant que possible, ce devoir aux médecins de la ville, des sociétés de secours mutuels ou de bureau de bienfaisance.

II. — Classer et diriger les malades suivant leur état définitif ou passager vers :

« Les maisons de convalescence;
« Les cures d'air ;
« Les sanatoriums ;
« Les hôpitaux et les hospices.

III. — Prévenir l'extension de la maladie dans la famille :

a) En attirant l'attention du médecin de la famille sur l'état des sujets menacés;

b) En provoquant, par l'intermédiaire d'œuvres appropriées, l'envoi des enfants en colonies scolaires (*écoles de plein air*, stations maritimes ou d'altitude);

c) En créant ou faisant créer des stations de cure préventive destinées aux femmes et aux jeunes filles prédisposées.

IV. — Améliorer l'alimentation et le logement du malade et de sa famille par :

« La distribution de bons de viande ou de lait;

« L'assainissement du logement ou le transfert de la famille dans un logement salubre et plus vaste. »

Pour réaliser ce programme, il est nécessaire d'avoir le concours des œuvres privées des *chefs d'industrie, des organisations ouvrières*, des sociétés de secours mutuels et des sociétés d'habitations à bon marché.

L'association métallurgique propose trois types de dispensaires :

Minimum, comprenant une salle d'attente avec bancs, un cabinet d'inscription pour visiteurs, deux cabinets de déshabillage, une salle d'examen pour le médecin, un dépôt pour la verrerie, la pharmacie, etc., une lingerie et un petit laboratoire pour les examens bactériologiques.

Le dispensaire *complet* comprend, en outre, un service de désinfection, tant au dispensaire qu'à domicile.

Le dispensaire *central* et de *contrôle* possèdera un laboratoire de bactériologie plus complet, une salle d'examen laryngoscopique, un laboratoire de radiographie et enfin une buanderie mécanique.

Ce programme se rapproche beaucoup de celui des docteurs américains.

Il comprend, par quartiers, des dispensaires *minimum* se rattachant à un dispensaire central doté d'une buanderie.

L'Association, à cet égard, fait l'observation suivante : « En présence de la diversité des cas, des besoins différents suivant les circonstances locales, une décentralisation relative s'impose.

« Le dispensaire doit être légion, si on veut obtenir le maximum des résultats. Il doit en être créé dans toute agglomération un peu dense. D'où une grande quantité d'établissements distincts, ayant leur vie propre ou devant posséder une autonomie suffisante pour pouvoir se plier aux nécessités du milieu dans lequel ils exercent leur influence.

« L'Association a donc estimé qu'elle devait laisser les initiatives privées s'exercer en toute liberté. »

Déjà, dans les grandes villes industrielles, les bonnes volontés se groupent et se coordonnent. L'Association leur signale comme base et condition de toute action efficace :

1° L'hygiène antituberculeuse à l'atelier;

2° La protection de l'enfance :

a) Conférences dans les écoles;

b) Examen des enfants;

c) Prix de santé;

3° L'amélioration du logement ouvrier;

4° La lutte contre l'alcoolisme.

Le Congrès du génie civil a rendu hommage aux efforts de l'Association métallurgique.

L'initiative prise par ce groupement mérite d'être donnée en exemple. Elle répond certainement aux besoins actuels.

La formule serait donc la suivante :

Dispensaire central par section;

Dispensaires de quartier multipliés se rattachant au dispensaire central;

Dans ces dispensaires locaux se feront le dépistage, la sélection des malades, surtout leur direction morale et l'amélioration des logements.

Paris, le 25 mars 1918.

Signé : Ambroise RENDU.

LA VIE SYNDICALE

La gratuité des soins médicaux aux réformés de la guerre.

M. le Dr Bertillon a soumis au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France qui l'a adoptée, la lettre suivante pour être adressée aux membres du Sénat :

Messieurs les Sénateurs,

Le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, au moment où la question de l'organisation des soins médicaux aux réformés de la guerre, déjà résolue par la Chambre, se trouve posée au Sénat, croit devoir signaler à votre attention un certain nombre de points où la compétence des médecins praticiens ne peut être mise en doute.

Que la sollicitude de la Nation soit due aux réformés de la guerre, personne d'entre nous ne le contestera. Mais de quelle manière, en ce qui concerne les soins médicaux, cette sollicitude doit-elle s'exercer?

La Chambre des Députés a résolu la question par un seul article additionnel incorporé à la Loi des Pensions, article proposé par M. Maunoury. Les soins médicaux et pharmaceutiques y sont strictement limités à la blessure ou à la maladie qui a motivé la mise en réforme; et les

frais sont pris en charge par l'Etat, sous la forme de l'Assistance médicale gratuite, à domicile ou à l'hôpital.

Sur l'intervention de M. Pacaud, soutenu par M. Doizy, le gouvernement, d'accord avec la Chambre, a déclaré qu'un tarif, tant médical que pharmaceutique, serait élaboré avec les Associations professionnelles. M. Pacaud désirait qu'il fût spécifié, par un article précis, que l'assimilation des Réformés de la guerre avec les indigents, était nettement repoussée. Il s'opposa à l'expression « tarif spécial » mais il dut se contenter de l'affirmation du gouvernement, un peu vague malgré sa netteté apparente. L'adjectif *spécial* n'est pas ajouté au mot *tarif*, mais il subsiste dans le fonds. Si le Sénat adoptait le texte de la Chambre avec la promesse gouvernementale inspirée par MM. Pacaud et Doisy, les médecins auraient à discuter, avec l'Etat, le taux de leurs honoraires.

La discussion à la Chambre fut peu approfondie, on peut le dire, et menée avec une rapidité qui excluait toute étude sérieuse. (Voir le *Journal Officiel* du 31 janvier 1918).

C'est sans doute pour cette raison que M. André Honnorat remet au jour une proposition de loi soumise par lui et 60 de ses collègues, à la séance du 7 juillet 1916, sous ce titre : « Proposition de loi tendant à garantir le bénéfice de l'*assurance contre le risque d'invalidité et contre le risque de maladie*, aux militaires, marins et assimilés ayant été *réformés pour blessures, infirmités ou maladies* contractées ou aggravées au service de la France, depuis le 2 août 1914 jusqu'à la fin des hostilités, ainsi qu'aux *victimes civiles de la guerre* ».

L'exposé des motifs, les commentaires qui accompagnent les 9 articles du projet forment un ensemble bien étudié, d'une largeur d'idées qui impose l'attention.

L'idée directrice est celle-ci : recourir à la Mutualité pour assurer les Réformés de la guerre (et les civils victimes de la guerre) contre le risque de maladie et d'invalidité, donc, aucune assimilation, même dissimulée aux indigents. Il n'y a plus de limitation de soins médicaux aux seules blessures ou maladies ayant motivé la réforme, mais à toutes les maladies, Les primes de cette assurance sont payées par l'Etat aux Sociétés de Secours Mutuels, sous condition « d'un contrôle technique et financier » et de bien d'autres conditions encore, parmi lesquelles nous remarquons celle de l'obligation d'organiser ou de s'affilier à un dispensaire d'hygiène sociale ou de préservation antituberculeuse, prévu par la loi du 15 avril 1916.

Par ce projet, l'Etat aurait donc à traiter avec les Mutualités pour l'admission des Réformés dans ces Sociétés. Cela deviendrait une véritable prise en tutelle des Mutualités par l'Etat ; que de difficultés ! que d'objections apparaissent aussitôt !

La Mutualité a pour base l'égalité du risque ; aussi, toutes les Sociétés se défendent contre l'admission des prédisposés-morbides et elles ne pourront accepter l'entrée des Réformés de la guerre, tous porteurs d'une tare physique plus ou moins marquée, qu'avec une cotisation spéciale majorée, dont le quantum ne sera point aisé à établir, le degré de morbidité de chaque Réformé variant presque à l'infini.

L'article 5 du Projet prévoit bien que la cotisation annuelle de 12 francs devant être insuffisante, des subventions seront accordées par l'Etat pour compenser les pertes ; mais la quotité de ces subventions demeure, en fin de compte, subordonnée au bon vouloir de l'Etat. Cela ne sera pas sans inquiéter les dirigeants des Mutualités.

Cette objection et beaucoup d'autres ont conduit à l'idée de la création d'une Mutualité spéciale d'Etat pour les Réformés de la guerre, Mutualité dont l'Etat serait l'unique gestionnaire, soit qu'il établisse l'assurance pour toutes les maladies, soit qu'il la limite seulement à celle qui a motivé la réforme.

Le Corps médical n'a pas à se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre de ces modalités ; la conclusion unique à tirer pour nous de ce court exposé, c'est que, de toutes manières, c'est l'Etat qui aura, plus ou moins directement, la charge des soins à donner.

Nous ne voulons examiner que les points où notre compétence ne peut être discutée ; dans un projet d'organisation de soins médicaux aux Réformés de la guerre, le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux a le devoir impérieux, au nom des 10.000 médecins qu'il représente, d'instruire ceux qui ont la haute mission de faire les lois, des conditions nécessaires à un bon exercice de la médecine.

Ces conditions peuvent se condenser dans la proposition suivante : *Il faut que chaque malade de la collectivité soit soigné comme il le serait, à titre privé, dans l'exercice de la médecine individuelle.* En conséquence :

1° Pas de médecin imposé, mais *libre choix absolu*, par le malade, du médecin en qui il a confiance.

2° Pas de paiement d'honoraires *à forfait*, par tête de malade, ou à l'*abonnement*, par tête de cotisant ; mais, *paiement à la visite*, c'est-à-dire, paiement plus proportionné à la peine dépensée.

3° Un taux d'honoraires, pour chaque visite, variant selon la nature des soins et, de plus, proportionné à la situation sociale du malade.

L'expérience de ces dernières années a montré que par l'institution des Commissions d'arbitrage, les conflits qui peuvent naître de tels ou tels abus sont facilement aplanis et deviennent de plus en plus rares, parce qu'une semblable organisation de la médecine collective donne

satisfaction à tout le monde : malades, médecins et à ceux qui ont la charge des frais.

En ces trente dernières années, le Corps médical, de mieux en mieux organisé, a pu obtenir des Sociétés de Secours Mutuels, l'exercice de la médecine collective dans ces conditions, mais avec cette réserve que beaucoup de Sociétés organisées non en mutualité vraie, mais, en réalité, en une sorte d'œuvre plus charitable que mutuelle, ne peuvent honorer leurs médecins que misérablement, à des taux qui ne sont guère éloignés de ceux des indigents.

Il serait inadmissible que les Réformés de la guerre fussent assimilés aux indigents. Si on en fait des mutualistes, on les élève d'un degré : mais encore, faut-il qu'ils deviennent des *mutualistes vrais (c'est-à-dire apportant des cotisations* suffisantes) et non des indigents à la manière de l'assistance médicale gratuite, alors que l'étiquette d'assisté ne leur *serait* pas donnée.

Il faut donc organiser pour eux un service médical qui leur assure les soins avec les trois conditions nécessaires au bon exercice de la médecine, conditions que nous venons d'indiquer, et sans oublier la troisième qui obligera les Réformés de la guerre, riches ou aisés, à honorer leur médecin selon le degré de leur classe sociale.

Les organisations de médecine collective qui ont été créées dans ces vingt dernières années n'assurent pas, pour ceux à qui elles s'adressent, de bons soins médicaux.

Il faut dire les choses telles qu'elles sont ; l'organisation de cette médecine sociale, en France, n'existe pas ; là encore, il n'y a qu'une façade. Par l'Assistance médicale gratuite, par la loi des accidents du travail, par les vaccinations gratuites, on a obtenu des praticiens des honoraires au rabais ; or, dans un grand nombre de départements, il en résulte, pour les médecins, surtout pour ceux de la campagne, une charge qui, en fin d'année, se traduit, pour les uns, par une perte régulière, pour d'autres, par un gain minuscule. Dans certaines villes, cette médecine à bon marché est souvent monopolisée entre les mains de quelques médecins dits de Sociétés, semi-fonctionnaires, qui s'en font une sorte de spécialité leur permettant de vivre par un travail très pénible. Mais qu'on y regarde de près, aux champs ou à la ville, le résultat est le même : des tarifs au rabais ne peuvent produire que de la médecine au rabais.

Le médecin devient fatalement un distributeur d'ordonnances.

Peu à peu, sous l'œil indifférent des Administrations, Etat, ou grandes Sociétés, l'effort intellectuel qu'il faut au praticien pour la recherche d'un diagnostic, pour les conseils d'hygiène, de prophylaxie, de réconfort moral, peu à peu, cet effort s'amollit, disparaît. Le médecin devient un paliatif qui remplit un papier appelé ordonnance; l'Administration et le *malade*, lui ignorante victime, s'en contentent. Le médecin, soucieux de sa dignité professionnelle, gémit de cette contrainte où il sent chavirer son honneur.

Pour le médecin vraiment digne de ce nom, tous les hommes, qu'ils soient riches ou pauvres, honnêtes ou coquins, chrétiens ou païens, tous, s'ils sont en proie à la souffrance, tous sont les mêmes pour lui ; ce sont des malades et il les secourt à ce seul titre, avec la même sollicitude, sans se soucier d'aucune autre considération étrangère à son art.

Celui dont l'âme n'est pas touchée par la noblesse d'une telle profession et ne pense qu'au gain qu'on en peut retirer, celui-là n'est point né pour vivre en secourant la douleur humaine ; il n'est point fait pour être médecin.

Cependant, comme le prêtre vit de l'autel, le médecin, quelle que soit l'ardeur de sa vocation, lui aussi vit sur terre, dans une société où l'étau irrésistible des lois économiques a vite fait de lui rappeler, par une étreinte cruelle, que son travail doit être productif d'une valeur échangeable, c'est-à-dire d'argent.

La mesure en est difficile à préciser car l'impondérable est, en cette matière, l'élément prédominant.

L'estimation de cette valeur dans l'exercice ordinaire de la médecine individuelle et privée est rendue facile par des traditions, par des usages et surtout par la confiance réciproque des deux parties en présence qui se sont librement choisies. Mais dans la médecine des collectivités, cette appréciation devient un débat où le praticien, qu'il soit seul ou groupé, est faible contre des gens beaucoup mieux instruits que lui dans la défense des intérêts matériels. Dans ce conflit, il est la victime désignée parce qu'il est l'éternelle dupe des sentiments altruistes qui ont déterminé sa vocation. C'est la générosité de nos confrères d'il y a quarante ou cinquante ans qui a permis à de nombreuses Mutualités de vivre, de se développer et, à quelques-unes, de devenir très puissantes et aussi, très ingrates à l'égard des médecins d'aujourd'hui. Il faut d'ailleurs ajouter que ce n'est pas seulement en faisant appel à ces sentiments généreux que les organisations de médecine collective ont pu obtenir des tarifs d'honoraires au rabais, mais aussi, par le jeu de la concurrence. Il est certain que la loi économique de l'offre et de la demande doit trouver ici son application. Mais quel danger, dans une profession comme la nôtre, où tant d'éléments impondérables, le savoir, la probité, le dévouement échappent à l'appréciation exacte et où la qualité du travail accompli est pure question de conscience !

Combien les dirigeants de ces collectivités,

que ce soit l'Etat, une grande Administration une Mutualité, devraient apporter de scrupules, de prudence, de ménagements dans cette surenchère au rabais, surenchère qui, à son extrême limite, ne peut aboutir qu'à une médecine pratiquée par des forbans ou des tarés !

Le travail du médecin — nous entendons du médecin consciencieux qui dépense auprès du malade *le temps nécessaire* et suffisant — a une valeur dont l'appréciation exacte et vénale est bien difficile ; mais il y a cependant un taux, un prix coûtant, si l'on ose dire, qu'il n'est pas permis d'atteindre sans qu'aussitôt, par l'effet inéluctable des lois économiques, la qualité du travail produit ne subisse un déchet ; déchet dont le quantum sera inversement proportionnel au degré de moralité du praticien. Exiger pour vingt ou trente sous, un travail qui vaut cent sous, mène fatalement au sabotage, surtout lorsque ce sacrifice est demandé tous les jours et plusieurs fois par jour.

Les praticiens d'il y a trente ans pouvaient accepter des traités à bas prix parce qu'à cette époque, les institutions de médecine collective étaient peu nombreuses. Aujourd'hui, elles se multiplient et alors, dans le bilan annuel, le chapitre *perte* qui, dans ces temps anciens, était négligeable, devient, à cette heure, gros de menaces.

L'état de guerre n'est pas du tout la cause de cette situation pénible ; elle date d'avant 1914. La guerre aggrave le mal terriblement, mais le Corps médical veut supporter, sans rien dire, la charge actuelle, écrasante en certains pays, de la médecine gratuite. Il l'acceptera, cette charge, jusqu'à la fin des hostilités ; si, aujourd hui, il manifeste ses craintes, c'est pour l'avenir. Il voit éclore des projets de médecine collective toujours plus vastes et toujours avec cette même tendance : produire de la médecine administrative à bon marché.

C'est cette tendance que l'Union des Syndicats médicaux de France est résolue aujourd'hui de combattre. Elle lui oppose cette formule : *médecins mal payés, malades mal soignés*. La plupart des consultations d'hôpitaux, des dispensaires publics de tout ordre sont un véritable scandale qui devra être dévoilé un jour. On parle beaucoup de prophylaxie antisyphilitique, d'hygiène antituberculeuse ; cela est bien, mais à une condition, c'est qu'on organise ces dispensaires de telle sorte que le médecin soit mis dans l'obligation morale d'exercer sur chaque malade une action individuelle en prenant le *temps nécessaire* et en y dépensant l'effort voulu.

Il y a là un travail personnel qui, pour être bien fait, doit être payé à sa valeur comme tout travail, soit en raison du temps dépensé, soit en raison de l'effort produit et, en tout cas, s'il est gratuit, il doit être limité, discrètement borné par la délicatesse intelligente du philantrope.

La gratuité absolue des fonctions médicales à l'égard des pauvres était jadis un système très défendable et possible à deux conditions : d'abord qu'il n'y eût que les vrais indigents qui en fussent bénéficiaires et que l'institution conservât son caractère de charité. Aujourd'hui, le pauvre est devenu un citoyen gêné qui exerce des droits reconnus : mais alors, on voit s'adjoindre à lui quantité de gens, ni pauvres, ni riches, mais soucieux de ménager leurs deniers. L'institution est alors faussée et aux dépens de qui ? De tous, et, en particulier, des vrais pauvres qui, par la force des choses, ne reçoivent plus que des soins médicaux hâtifs et de qualité médiocre. Devant l'accroissement formidable des dépenses de cette médecine à bon marché, distribuée trop largement, l'Etat liarde avec les médecins et tout va mal ainsi.

C'est assurément une belle pensée que de leur assurer des soins médicaux ; mais il ne faut pas se dissimuler que c'est là une entreprise considérable qui entraînera une grosse dépense, à moins qu'on ne veuille, une fois encore, édifier une façade. Il n'y a aucune raison pour que le Corps médical subisse une part, en supplément, de ce qu'il paie en impôts comme tous les citoyens. Si la nation estime que chaque réformé de la guerre ne trouvera pas de ressources suffisantes dans ce que lui donnera l'Etat, pour se mettre à l'abri de la maladie — et nous partageons cette opinion — c'est à la nation toute entière à faire les frais de cette générosité nécessaire, sans qu'aucune catégorie de citoyens en paie une part majorée par un tribut spécial de travail et d'activité supplémentaire. Sur la gent médicale et pharmaceutique, ne doit pas s'exercer une sorte d'obligation, de corvée disparue pour le reste des citoyens ; le sentiment d'infinie gratitude qu'elle éprouve à l'égard des défenseurs de la Patrie, amoindris ou affaiblis par la guerre, elle l'éprouve comme tous les Français dignes de ce nom : concréter ce sentiment par une organisation pratique économique, mais juste et productive de bons soins médicaux, nous ne demandons, Messieurs les Sénateurs, qu'à vous y aider par l'expérience que nous avons dans la pratique des choses médicales.

Pour le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dr BERTILLON.

Nous nous permettrons d'ajouter que les trois quarts des médecins praticiens qui, après plus de quatre ans de mobilisation, rentreront dans leurs foyers, seront ruinés. Leur solde de lieutenant ou de sous-lieutenant ne leur ayant pas permis de faire vivre leur famille, ils auront épuisé leurs économies

ou fortement écorné leur capital, s'ils possèdent quelque fortune. Victimes de la guerre, plus que beaucoup d'autres, il serait inique de laisser à eux seuls le poids d'une œuvre indispensable que nous approuvons pleinement, dette de reconnaissance nationale, mais dont la charge doit être supportée par tous les Français. J. N.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
du corps médical français.

Assemblée générale.

1er août 1918.

Les membres de la caisse des pensions de retraite du corps médical français se sont réunis en Assemblée générale ordinaire le jeudi 1er août, à quatorze heures, au Siège social, sous la présidence de M. le Dr Maurat, président du Comité directeur.

Le président constate que la convocation a été *faite dans le N° 14 du Concours médical* (15 juillet 1918) avec indication de l'ordre du jour et que, de plus, des convocations individuelles ont été envoyées; il déclare que l'Assemblée générale est valablement constituée et peut valablement délibérer.

Il dépose sur le bureau cinquante pouvoirs envoyés par des sociétaires qui ne peuvent assister à la réunion.

Le président rappelle que les délibérations de l'Assemblée générale sont valables quel que soit le nombre des membres présents, cependant il propose de renvoyer l'approbation des comptes à l'Assemblée générale qui se tiendra après la guerre, celle-ci devant vraisemblablement réunir un plus grand nombre de membres présents. (*Assentiment.*)

L'ordre du jour appelle la nomination du Comité directeur. M. le Dr Dupont, trésorier, expose qu'il a rencontré des difficultés pour l'Administration financière de la Caisse par suite du non renouvellement des pouvoirs des membres du Comité directeur, et c'est cette situation qui a motivé la convocation de la présente Assemblée générale.

M. le Dr Gassot, secrétaire, donne lecture d'une délibération prise par le Comité directeur pour parer à ces difficultés:

Vu l'impossibilité de réunir l'Assemblée générale et par conséquent de renouveler les pouvoirs des membres sortants en 1917, le Comité directeur décide que sa composition restera ce qu'elle est actuellement jusqu'à la fin de la guerre.

Il y avait trois membres dont les pouvoirs expiraient en 1917, les pouvoirs des quatre autres prenant fin en 1919.

Cette délibération ne peut suffire actuellement. Il est procédé à la nomination régulière des membres du Comité directeur.

Sont nommés:

Président: M. le Dr Maurat, de Chantilly (Oise).
Vice-président: M. le Dr Noir, de Paris;
Secrétaire général: M. le Dr Vimont, de Paris;
Trésorier: M. le Dr Dupont, de Paris;
Secrétaire des séances: M. le Dr Gassot, de Chevilly (Loiret);
Membres: MM. les Drs Lugeol, de Bordeaux, et Pamart, de Paris;
Tous membres sortants.

Les membres du Comité directeur sont nommés pour une période de cinq années.

Dans les six mois qui suivront la fin des hostilités, un tirage au sort, opéré en Assemblé générale, déterminera l'ordre de sortie de telle sorte que:

Le président ou le vice-président;

Le secrétaire général ou le secrétaire des séances.

Et un des deux membres soient immédiatement soumis à la réélection, et que les quatre autres membres soient sortants l'année suivante.

Dans le cas où une vacance viendrait à se produire parmi ses membres, le Comité directeur pourvoirait au remplacement du membre disparu.

L'ordre du jour appelle la nomination des membres du Comité des censeurs.

Il y est procédé.

Sont nommés : Messieurs les docteurs:

Baronnet, de Paris. — Lacroix, de Paris. — Bardy, de Belfort.

Qui sortiront de fonctions à l'Assemblée générale qui suivra la fin des hostilités.

Moreau, de Versailles. — Barada, de Betz. — Ravanier, de Paris.

Qui sortiront une année après les précédents.

Jacquot, de Creil. — Hiblot, de Chateaudun. — Barbanneau, de Pouzauges.

Qui sortiront une année après encore.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire — Dr A. Gassot
Le président — Dr A. Maurat.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie Thiron et Franjou
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arrt)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE | Nº 18 | 15 SEPTEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (France)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR,
RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)



NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES ET MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 grms 3f50 NET
FLACON de 125 grms 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
ANTISEPTIQUE
GYNÉCOLOGIQUE
PRIX 3f60
NÉOLIDES H.B
SOINS ET Hygiène Intime DE LA FEMME
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren. Paris.

Quarantième année | N° 18 | 15 Septembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.

Un dernier mot ; en réponse au Caducée 803
Démilitarisation de la médecine 804
Un passage de Saint-Vincent de Paul à méditer. — Une observation à certains correspondants anonymes. 805

Partie Scientifique.

Revue des Sociétés Savantes.

Syndrome acétonémique chez les enfants. — Traitement des fractures de guerre par les appareils de Miss Gasset. — Autoplastie uréthrale. — Kyste hydatique du cœcum simulant l'appendicite. — Œdèmes chlorurémiques en dehors des néphrites. — Traitement de la causalgie du médian par la ligature du nerf au catgut. — Lésion de la queue de cheval par projectiles de guerre. — L'aptitude militaire des cardiaques. — Un cas de simulation des oreillons. — Malade de treize ans atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Epreuve de l'adrénaline dans l'appréciation de la résistance cardiaque 806

Notes pratiques d'un médecin du front.

L'anthracose pulmonaire physiologique d'origine intestinale ; infections diverses de même source. — Formule d'un crayon de couleur pour écrire sur le verre. — Conseils aux médecins des armées sur l'équitation 811

Bibliographie.

Les plaies de guerre et leurs complications immédiates. — Néo-malthusianisme ; Maternité et Féminisme. — Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques. — L'utilisation ménagère des fruits, sans sucre 813

Correspondance.

Question de déontologie banale. — La nomination des médecins auxiliaires S. X., docteurs en médecine en grade d'aide-major. — Mise hors cadre des officiers de complément du S. de S. — Situation militaire des étudiants munis de P. C. N. — Nomination posthume à un grade supérieur. — Les faisant fonctions ont-ils droit à la solde des titulaires ?. — Les affectations aux armées. — Affectation, avancement. — Les changements de résidences des médecins en congé illimité. 817

Nouvelle.

Caisse d'assistance médicale de guerre. 823

Le Livre d'or du corps médical français

Citation : Dr Dedet. 824

Partie Professionnelle.

Médecine sociale.

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les syndicats médicaux. *(suite et fin)* 827

Médecine professionnelle.

Le secret médical. 836

Pages libres

Au sujet du dépeuplement 838

PROPOS DU JOUR

Un dernier mot ; en réponse au Caducée.

Il paraît qu'une campagne est menée contre les médecins militaires du cadre actif. Nous devons le croire puisque *Le Caducée* l'annonce et s'érige en leur défenseur. Nous ignorons, au *Concours médical*, si les médecins militaires de carrière ont un si grand besoin d'être défendus. En tous cas, nous répéterons encore une fois qu'il n'est pas dans notre esprit et dans nos habitudes de rendre responsable un groupe de médecins des fautes de quelques-uns et du manque d'organisation d'un service qu'il incombait à quelques grands chefs de préparer aux terribles éventualités de la guerre et qui ont rempli ce devoir on sait comment. Mais si actuellement nous croyons inopportun et prématuré de faire une enquête sur le Service de santé, si, malgré les lettres sans nombre de nos confrères de la réserve et de la territoriale qui exhalent leurs rancœurs, leurs tristesses et dépeignent leurs souffrances, nous tenons à garder une prudente réserve, ce n'est pas pour nous rendre aux objurgations du *Caducée. Errare humanum est, perseverare diabolicum* écrivait à notre sujet son rédacteur en chef, M. le Dr Granjux. Hélas ! depuis qu'il y a des hommes et qui pensent, *errare* consiste à ne pas être de l'avis de son contradicteur et pour tous les croyants, la foi de celui qui a une autre religion, est *diabolique*.

Nous attendrons la fin de la guerre pour faire notre enquête sur le Service de santé,

1° Parce que nous ne voulons pas jeter, si peu que ce soit, le trouble dans une institution qui touche à la défense nationale;

2° Parce que nous avons le souci de la justice et que nous ne voulons pas à tort et à travers dans une polémique décousue, porter, si peu que ce soit, atteinte à un confrère militaire ou civil ;

3° Parce que nous avons besoin, pour faire œuvre utile, du témoignage de confrères que leur devoir militaire condamne au silence ou à un anonymat qui leur répugne.

Nous le répétons une dernière fois, notre but n'est pas de nous attaquer à un groupe d'hommes mais à de mauvaises institutions et lorsque nous poursuivrons notre enquête, nous nous baserons sur des faits vérifiés et

certains et non sur des sentiments. Le *Concours médical* remplira, sans haine mais aussi sans faiblesse, son programme de journal indépendant. J. Noir.

Nous croyons néanmoins devoir insérer l'article suivant que nous adresse le Dr A. Mignon, de Saint-Cyr-sur-Loire, c'est d'ailleurs une réponse au *Caducée* et seule la question de principe y est abordée.

Démilitarisation de la médecine militaire.

La question fait du chemin et il faut s'en louer. En effet, ce n'est pas *après la guerre* qu'elle doit être solutionnée — tout au moins en principe — quand la plupart des médecins aspireront à un légitime repos et que bien des faits seront oubliés ou estompés par la distance, mais au moment où les défauts de la militarisation de la médecine éclatent aux yeux les moins prévenus et où chacun a constaté et constate que les progrès de toutes sortes dans les soins accordés aux blessés et aux malades proviennent presque exclusivement de l'initiative des médecins civils mobilisés et que toutes les barrières, tous les arrêts, toutes les pertes de temps, tous les ennuis, toutes les avanies, proviennent presque exclusivement des cadres actifs de la médecine militaire de carrière.

Son organe attitré, *le Caducée*, du 1er août, nous fournira aujourd'hui matière à éclaircir un peu plus le sujet — bien qu'à notre avis il le soit suffisamment pour tous ceux qui n'ont pas de parti-pris ou ne sont pas intéréssés eux-mêmes au maintien de l'actuel et défectueux état de choses.

J'ouvrirai d'abord une parenthèse afin de nettement marquer que les articles parus ici et ailleurs sur le même sujet, ne font pas partie d'une « campagne contre les médecins du cadre actif », ainsi que l'écrit le Dr Granjux dans *le Caducée* du 1er août. Je n'ai jamais mené campagne *contre personne*. Mais, en vérité, j'ai fourni des campagnes en vue de buts utiles et j'ai très souvent réussi. Je le constate une fois de plus aujourd'hui et j'applaudis fortement et sincèrement à l'apparition plus prématurée du *Caducée* (1) et — bien qu'en cette matière il soit plus besoin de comités d'enquête et d'instruction que de comités de défense — au « Comité de défense » mis en œuvre par le Dr Granjux.

Examinons maintenant les raisons exposées en vue du maintien des cadres actifs de la médecine militaire par l'éditorial du *Caducée* dans son numéro 8. En ses quatre colonnes et ses deux pages je n'en trouve qu'une seule que le Dr Granjux a extirpée d'un *Bulletin médical* antérieur. Le médecin-inspecteur Viry y a, paraît-il, exposé que la perpétuation des médecins du cadre actif s'imposait à titre « d'experts du commandement dans toutes les questions relatives au recrutement de l'armée et à la sortie de l'armée pour cause de maladies ou d'infirmités ». M. Granjux ajoute confraternellement : « Ils doivent donc être absolument indépendants des personnes qu'ils examinent. »

M. le médecin-inspecteur et M. Granjux — qui eut pu l'être — plaisantent certainement, car ils ne peuvent ignorer qu'il y a, à côté du Ministère de la Guerre, d'autres Ministères qui ont nom de l'Intérieur, par exemple, des Postes, de la Justice, etc. Or, dans ces Ministères il existe des fonctionnaires dont certains doivent fournir à l'entrée ou pour une sortie prématurée des pièces médicales. Ces Ministères — ou leurs tenants — n'ont jamais émis la prétention de recruter leurs conseils médicaux en dehors des médecins civils ni de créer une médecine judiciaire, une médecine postale, etc., avec cadres spéciaux et écoles spéciales pour y conduire. Et nous ne sachons pas que la « conscience » de ces confrères civils ait été autrement suspectée. L'objection du distingué médecin-inspecteur, reprise par le Directeur du *Caducée*, ne tient donc pas. « L'indépendance » du médecin n'est pas fonction de la vie militaire. Elle réside dans le cœur et dans le caractère. Tous les civils le savent et les militaires de carrière n'ont pas pu l'oublier complètement.

Je m'arrête : *le Caducée* du 1er août *1918* s'en tenant à ce seul argument et ne citant par ailleurs que des extraits de ce que j'ai écrit dans la *Grande Revue* de septembre *1917* sans y rien opposer que quelques grumelades.

Il me reste pourtant à éclairer brièvement mes confrères militaires sur mon *curriculum campi*. Je n'aurais introduit dans la discussion aucun fait personnel si leur porte-

---

(1) Voici l'annonce que fait paraître *le Caducée* : « Etant donnée la campagne menée contre nos camarades de l'active, nous avons décidé de hâter la publication du *Caducée*, qui aura lieu désormais le 1er du mois au lieu du 15 ».

parole n'avait, une fois, avancé que je «m'aventurais sur un terrain que je connaissais mal» et s'il n'avait écrit plus récemment que mes opinions émanaient « d'un Dr Mignon qu'il ne faut pas confondre avec son homonyme du cadre actif, d'autant qu'il ne connaît, nous a-t-on dit, la médecine militaire que de très loin. » De la classe 1892, j'ai fait mes dix mois de service (art. 23 § 2) comme troupier d'abord, puis, au bout de quatre mois, comme simple soldat adjoint aux médecins et aux infirmiers d'un bataillon; j'ai accompli intégralement les quatre périodes d'exercices complémentaires; enfin j'ai été mobilisé du 7 août au 31 octobre 1914, juste assez pour connaître que l'état de guerre ne changeat rien aux méthodes administratives usitées en temps de paix dans les bureaux que dirigent nos confrères de l'active et qu'il n'y pouvait rien changer attendu qu'elles résultent uniquement des méthodes éducatives militaires et d'un état d'esprit qu'aucun évènement ne modifiera jamais — sauf la suppression des écoles de médecine militaire et la démilitarisation de la médecine stratocrate. A. MIGNON.

Un passage de Saint-Vincent de Paul à méditer.

Dédié à certaines infirmières des Sociétés de la Croix-Rouge.

Il fut un homme de génie et d'inépuisable bonté que les gens de tous les partis, de toutes les religions s'accordent à admirer, qui, petit paysan des Landes, s'éleva par ses seules qualités, aux plus hautes fonctions, fut recherché par les grands autant qu'aimé par les humbles. Malgré sa grande modestie, cet homme fut le véritable inventeur de l'Assistance moderne qu'il étudia dans ses moindres rouages et substitua, dès le XVIIe siècle, à l'aveugle charité; il s'appelait Vincent de Paul.

Or, M. Vincent, comme on avait coutume de le nommer, avait reconnu la nécessité de donner une éducation spéciale aux personnes chargées de soigner les malades; ce fut pour cela qu'il fonda les *Filles de la Charité*. Il s'ingénia à leur apprendre leurs devoirs en des conférences où la raison et le sens pratique s'étalent dans chaque phrase. Voici le passage qui traite des rapports des infirmières et des médecins, passage dont nous recommandons la lecture et la méditation à certaines infirmières des Sociétés de la Croix-Rouge :

« Vous devez agir avec respect et obéissance « à l'égard de MM. les Médecins, vous gardant « bien, mes Filles, de trouver à redire à leurs « ordonnances, que vous devez remplir avec « exactitude et sans jamais vous permettre de « faire les médecines selon votre manière de « voir, mais y mettre ponctuellement ce qu'ils « vous ont donné, tant pour la dose que pour « les drogues, parce que quelquefois, il n'y va « rien de moins que la vie des personnes.

« Respectez MM. les Médecins non seulement « parce qu'ils sont au-dessus de vous et plus « éclairés que vous, mais parce que Dieu vous « le commande dans la Sainte-Ecriture, où l'on « lit les paroles suivantes : « Honorez les méde- « cins par nécessité. Les rois eux-mêmes, ainsi « que les grands du monde les honorent. »

« Pourquoi, vous autres, mes Filles, sous pré- « texte qu'ils vous sont familiers, qu'ils vous « parlent librement, ne leur porteriez-vous pas « l'honneur et le respect que vous leur devez? « Il n'y a que l'*ignorance qui* peut vous « empêcher de connaître pourquoi ils suivent « plusieurs méthodes dans le traitement de « maladies qui semblent être les mêmes (1) ».

J. NOIR.

Une observation à certains correspondants anonymes.

Le *Concours médical* publie les lettres signées qu'il reçoit et qui lui paraissent intéressantes.

Il supprime les signatures pour éviter à leurs auteurs mobilisés des ennuis possibles de la part de ceux dont ils signalent les méfaits et les abus.

Mais le *Concours médical* n'admet pas la *lettre anonyme*. Celui qui se permet des critiques ou des attaques sans oser les signer et en prendre la responsabilité, ne trouvera jamais chez nous de complices. Les lettres anonymes qui nous sont adressées, quelque soit l'intérêt des questions qu'on y traite, reçoivent toujours ici le même accueil; elles sont jetées avec mépris au panier. Nous considérons comme un outrage le manque de confiance que nous témoignent leurs auteurs.

Qu'ils s'épargnent donc désormais la peine de rédactions inutiles, s'ils n'osent les signer de leur nom.

J. NOIR.

(1) SAINT-VINCENT DE PAUL : *Conférences aux Filles de la Charité*. I, page 55. (2 vol. in-8°, Paris, Dumoulin, éditeur, 5, rue des Grands-Augustins, 5, 1881).

PARTIE SCIENTIFIQUE

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Syndrome acétonémique chez les enfants. — Traitement des fractures de guerre par les appareils de Miss Gassett. — Autoplastie uréthrale. — Kyste hydatique du cœcum simulant l'appendicite. — Œdèmes chlorurémiques en dehors des néphrites. — Traitement de la causalgie du médian par la ligature du nerf au catgut. — Lésion de la queue de cheval par projectiles de guerre. — L'aptitude militaire des cardiaques. — Un cas de simulation des oreillons. — Malade de treize ans atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Epreuve de l'adrénaline dans l'appréciation de la résistance cardiaque.

MM. Rémond et Poux présentent à l'*Académie de médecine* une étude sur le *syndrome acétonémique chez les enfants.*

MM. Rémond et Poux ont observé un certain nombre de fois, chez les enfants, un syndrome ainsi constitué : des troubles intestinaux (selles muqueuses plus ou moins fréquentes, parfois sanguinolentes), apparition d'acétone et d'acide éthyldiacétique dans l'urine, accidents nerveux rappelant quelquefois la méningite, soif vive, vomissements.

L'acétonémie et l'acidose constituent les éléments les plus redoutables de ce syndrome, dont les accidents cèdent généralement au traitement alcalin associé aux injections de suc pancréatique.

L'affection est susceptible de rechutes. Celles-ci sont évitées par la suppression des graisses cuites, de la viande en excès, et par l'usage systématique de l'eau de Vichy.

Il conviendrait de penser, dès lors, plus qu'on ne le fait en général, à l'acétonémie par insuffisance pancréatique aiguë, en pathologie infantile.

— M. Paul Reynier fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement des fractures de guerre par les appareils de miss Gassett.*

Dans le traitement des fractures de guerre, les appareils plâtrés offrent des inconvénients. Ils sont lourds, immobilisent les articulations et facilitent les raideurs (en raison de la longue durée du traitement), et ils ne permettent pas l'irrigation des plaies et l'application de la méthode de Carrel.

Pour parer à ces inconvénients, miss Gassett, du Comité Franco-Américain, a imaginé une série d'appareils que M. Reynier a employés, toujours avec de bons résultats. Le principe sur lequel ces appareils sont construits, n'est pas nouveau : c'est celui de la suspension-extension, utilisée dans les ambulances américaines. Miss Gassett a ainsi établi toute une série de modèles pour les diverses variétés de fracture.

M. Pinard rappelle qu'il y a longtemps déjà un chirurgien français, Cusco, a recherché l'application des deux principes dominant la thérapeutique des fractures : l'immobilisation après réduction, la suspension et la contre-extension.

— M. Le Fur présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un blessé chez lequel il a pratiqué une *autoplastie uréthrale pour perte de substance de l'urèthre de 7 centimètres.*

A la suite d'une plaie par balle de la fesse et du périnée, ce blessé fut atteint de fracture du pubis, de lésions des testicules et de rupture avec énorme perte de substance de l'urèthre, la destruction des tissus s'étendant sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Malgré l'étendue de la lésion uréthrale, M. Le Fur a pu obtenir une guérison complète, et reconstituer un canal par une série d'autoplasties de l'urèthre, du périnée et des bourses, en utilisant la méthode à lambeaux, la seule indiquée pour ces destructions considérables.

M. Le Fur expose, en terminant les principes qu'il importe de respecter, dans les traitements de ce genre :

1° L'ablation de tous les tissus, point capital souvent négligé, ce qui entraîne tant d'insuccès. L'avivement et les lambeaux ne doivent porter que sur des tissus absolument sains;

2° L'avivement très large et l'adossement des surfaces cruentées;

3° La nécessité d'une dérivation des urines (périnéale ou hypogastrique) et la suppression de la sonde à demeure, cette dernière étant la cause certaine d'un grand nombre d'échecs.

— M. Péraire rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* un cas de *kystes hydatiques du cœcum simulant l'appendicite.*

Le malade offrait l'ensemble symptomatique de l'appendicite aiguë, sauf l'augmentation de température. A l'opération, M. Péraire trouva deux kystes kydatiques de la paroi postérieure du cœcum.

— MM. Marcel Labbé et Marcorelles présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *les grands œdèmes chlorurémiques en dehors des néphrites.*

La plupart des œdèmes généralisés avec anasarque sont d'origine rénale ou cardiaque. Il y a bien des œdèmes au cours des affections hépatiques et principalemeut des cirrhoses, des œdèmes infectieux ou toxiques, des œdèmes au cours des anémies, et tout un groupe disparate d'œdèmes survenus dans les états cachectiques; mais ceux-là restent en général modérés.

MM. Labbé et Marcorelles relatent deux observations d'œdèmes généralisés avec anasarque, accompagnés de rétention chlorurée, dont l'étiologie était indépendante de toute lésion cardio-rénale. Chez ces deux malades, l'anasarque apparut au cours d'une dysentérie grave. Il s'est accompagné de rétention chlorurée et a disparu à la suite du régime déchloruré et de l'administration de la théobromine. Le mécanisme de la rétention chlorurée, en l'absence de lésion rénale ou cardiaque, échappe ici. Peut-être la dysentérie produit-elle un état humoral favorable aux troubles en question.

— MM. LORTAT-JACOB et HALLEZ lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur le *traitement de la « causalgie» du médian par la ligature du nerf au catgut.*

La causalgie (paralysie douloureuse) du médian oppose souvent aux thérapeutiques les plus variées une résistance désespérante et le traitement chirurgical lui-même n'est pas à l'abri des insuccès.

Dans un cas de ce genre, suite de blessure de guerre, MM. Lortat-Jacob et Hallez ont demandé à M. Mouchet d'intervenir opératoirement. Après libération du nerf — qui apparut gros et vascularisé — une ligature fut posée, moyennement serrée, au catgut n° 1, au-dessus du névrome. Le résultat fut immédiat et remarquable : les douleurs cessèrent dès le lendemain.

Il est légitime de penser que la ligature au catgut, modérément serrée, peut inhiber ou supprimer pour un temps l'irritabilité sympathique péri-nerveuse et la congestion tronculaire, sans léser les fibres nerveuses proprement dites. Cette ligature, suivie de résorption du catgut au bout de quelques jours, est bien différente de la ligature au crin, souvent suivie de troubles trophiques.

— MM. GUILLAIN et BARRÉ communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *lésions de la queue de cheval par projectiles de guerre.*

MM. Guillain et Barré ont observé, pendant l'offensive de la Somme de 1916, au centre neurologique de la VIe Armée, 225 cas de plaies de la moelle, dont 22 portant sur la queue de cheval.

Sur ces 22 blessés de la queue de cheval, 15 ont été évacués et 7 sont morts.

Les lésions de la queue de cheval par projectiles de guerre se traduisent, immédiatement après la blessure, par des douleurs et des phénomènes paralytiques. Les malades accusent des sensations de « jambes coupées », de « jambes broyées ». Les paralysies sont variables d'intensité et d'étendue, suivant les racines atteintes, sans que l'on puisse leur attribuer de signification pronostique. Ainsi, sur les 7 cas mortels, la paraplégie était légère ou incomplète 3 fois. Ces troubles de la motilité, comme les douleurs, s'atténuent, d'ailleurs, souvent avec rapidité. Les phénomènes sphinctériens, rétention et incontinence d'urine et des matières fécales, sont notés presque toujours. Les réflexes, la sensibilité, sont altérés.

Les troubles dus aux blessures de la queue de cheval s'améliorent très fréquemment. L'amélioration est précoce et rapide d'abord, puis très lente. Le pronostic serait donc relativement favorable si le blessé n'était menacé, au début, de complications méningées généralement mortelles. La méningite apparaît habituellement du deuxième au dixième jour. Son début est brusque, alors que la plaie est en bonne voie et que les accidents paralytiques s'amendent.

C'est à prévenir l'infection méningée des premiers jours que doit viser l'action chirurgicale. Elle sera aussi précoce que possible et comportera l'exploration de la plaie, l'ablation des esquilles, des corps étrangers, des débris de vêtements, l'abrasion des tissus contus. On ne doit pas ouvrir la dure-mère, lorsque celle-ci est intacte.

— M. LAFOSSE fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*aptitude militaire des cardiaques.*

On a publié ces temps derniers plusieurs statistiques de malades atteints de différentes affections cardiaques qui ont pu, pendant un temps quelquefois fort long, faire du service militaire actif, et l'on s'est demandé en conséquence comment il fallait concevoir l'aptitude militaire chez les cardiaques.

M. Lafosse apporte une statistique personnelle portant sur 47 sujets atteints de lésions valvulaires. Sur ce nombre, 20 présentaient une insuffisance mitrale, 7 un rétrécissement mitral, 14 des lésions aortiques et 6 des malformations congénitales du cœur. Tous avaient fait du service actif, au front ou à l'arrière, pendant deux mois, huit mois, un an, trois ans, pour la plupart sans accident sérieux d'asystolie. Leur évacuation avait été motivée par des causes diverses blessures ou maladies.

Ces observations montrent la grande tolérance des cardiaques valvulaires pour les fatigues du front. Il semble que d'une façon générale, au moins le service auxiliaire soit compatible avec la plupart des lésions valvulaires.

M. Josué montre que beaucoup de cardiaques mènent, dans la vie civile, une existence très active. Des soldats atteints d'affections valvulaires ont pu supporter les fatigues du front, mais il convient d'être très réservé sur ce point.

Dans ses expertises militaires, M. Josué classe de la manière suivante les porteurs de lésions valvulaires du cœur.

Les hommes n'ayant jamais présenté aucun trouble, et dont la lésion peu marquée est bien compensée, sont proposés pour le service auxiliaire. S'il y a quelques troubles très légers, passagers, à l'occasion d'efforts violents, on peut encore laisser le malade dans le service auxiliaire en précisant qu'il doit être ménagé, qu'il est inapte aux travaux pénibles.

Si le sujet présente des incidents morbides, tels que dyspnée légère, fatigue, etc., que l'on juge devoir disparaître par le repos et le traitement, il y a lieu de proposer la R. T.

En cas d'accidents marqués, arythmie complète, menace de non compensation, lésions de plusieurs orifices, la réforme s'impose.

M. Laubry a vu également beaucoup de cardiaques valvulaires supporter convenablement les fatigues du front ou de certains services pénibles de l'arrière. Cela n'implique pas cependant que l'on soit autorisé à verser de tels sujets dans le service armé. Tout homme porteur d'une lésion valvulaire doit être éliminé du service actif. Mais il pourrait être, avec certaines garanties, versé dans le service auxiliaire. On tiendra compte, à cet égard, de l'âge, des antécédents, des troubles fonctionnels, de l'état général, de la tension artérielle, des résultats de l'examen orthodiographique. Seuls, les hommes au-dessous de 35 ans, sans attaques rhumatismales répétées, sans dyspnée vespérale, à bon état général, sans dilatation des cavités droites, sans modification de la tension, peuvent être versés dans le service auxiliaire, à condition de ne leur infliger aucun travail pénible. L'armée nombreuse des secrétaires, guetteurs, plantons, voire des automobilistes, pourrait être formée de cardiaques valvulaires.

A la vérité, dans la pratique, cette récupération des cardiaques se heurte à des difficultés qui la rendent presque impossible. Le règlement d'abord, qui est formel et prescrit la réforme définitive. Le manque de liaison ensuite, entre le corps médical, le recrutement et le commandement. Il faudrait que le cardiaque récupéré soit affecté à un emploi sédentaire, peu fatigant et stable. Or, cette condition ne peut guère être assurée, la majorité des chefs de service récusant souvent ces hommes dont les aptitudes restreintes leur paraissent malaisément utilisables. Aussi, M. Laubry se montre-t-il aujourd'hui plus enclin à prononcer systématiquement la reforme, en présence d'une lésion valvulaire.

— MM. Trémolières et Caussade rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *simulation des oreillons.*

Il s'agit d'un tirailleur marocain hospitalisé 7 fois pour oreillons et crises hystériques. En l'examinant, M. Trémolières fut frappé de certains caractères inusités des tuméfactions parotidiennes. Ayant remarqué un jour la sonorité des tumeurs à la percussion, il soumit le sujet à une épreuve radioscopique qui confirma la nature purement aérique de la tuméfaction. Le marocain fut surpris d'ailleurs, une fois, gonflant ses joues avec effort en pinçant ses narines et en appliquant sa main contre sa bouche. Par ce mécanisme, le malade chassait de l'air dans ses canaux de Sténon et insufflait ses parotides, simulant ainsi la parotidite ourlienne.

Ces pseudo-oreillons, obtenus de manière frauduleuse, sont identiques aux gonflements parotidiens des souffleurs de verre, et des joueurs d'instruments à vent.

M. de Massary, dans son service d'oreillons de l'hôpital Andral, a vu 3 ou 4 cas analogues au cas de M. Trémolières. Pour dépister la simulation ou pour affirmer la nature ourlienne d'une tuméfaction parotidienne, l'auteur recommande la recherche de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, qui est constante dans les oreillons.

M. Queyrat a observé, chez un lutteur, une hypertrophie des masseters qui pouvait prêter à confusion avec les oreillons.

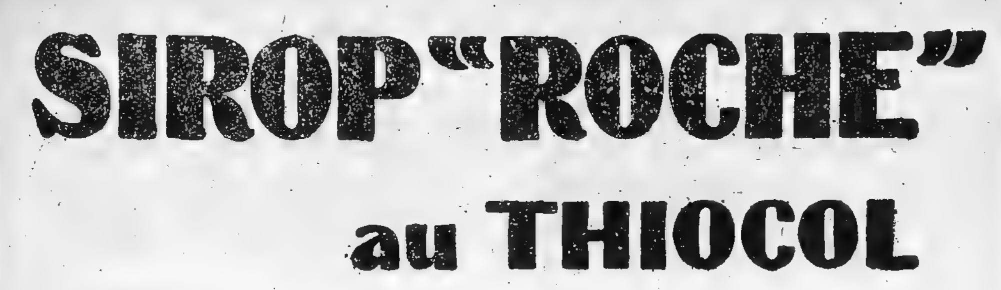
— M. Barbier présente à la *Société Médicale des Hôpitaux* une *malade de treize ans atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte.*

La petite malade a offert, avec des stigmates d'hérédo-syphilis, des signes cliniques et radioscopiques d'ectasie aortique.

M. Netter remarque que le rôle de la syphilis dans la genèse des affections cardio-vasculaires de tout âge ne saurait être assez souligné. M. Netter, chez une dame au moment de la ménopause, a vu se développer un rétrécissement mitral. Sachant que le mari avait été ataxique, il institua un traitement anti-syphilitique qui fut des plus utiles. Une tumeur concomittante du sein disparut également sous l'influence du traitement.

— MM. Loeper, Wagner et Dubois-Roquebert présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail intitulé : l'*épreuve de l'adrénaline dans l'appréciation de la résistance cardiaque.*

M. Lœper propose d'utiliser les propriétés vaso-constrictives de l'adrénaline pour mesurer l'aptitude du muscle cardiaque à l'effort. Dans le barrage que provoque la vaso-constriction, le cœur résiste ou défaille. La radioscopie, faite avant l'injection d'une dose de un milligramme d'adrénaline, et une heure après, montre l'inva-



SIROP "ROCHE"
au THIOCOL

administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient



Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & C[ie]
21 Place des Vosges PARIS

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.

OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%

EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & C[ie]
21, Place des Vosges. PARIS.

riabilité du cœur normal et la dilatation du cœur pathologique.

L'épreuve de l'adrénaline pourrait rendre des services dans l'appréciation de l'aptitude à l'effort des soldats. P. L.

Notes pratiques d'un médecin du front

Par le médecin-major A. SATRE.

L'anthracose pulmonaire physiologique d'origine intestinale ; infections diverses de même source

Depuis les travaux publiés par M. Calmette sur l'anthracose pulmonaire d'origine intestinale et sur la pénétration des poussières minérales et des microbes à travers les parois du tube digestif, un certain nombre d'auteurs en ont confirmé les résultats; d'autres, tels que Küss et Lobstein, ont déclaré ne pouvoir souscrire aux conclusions de M. Calmette.

Nous avons repris, à notre tour, les expériences de MM. Calmette, Vansteenberghe et Grysez, et les résultats confirmatifs que nous avons obtenus nous permettent d'affimer que :

1° Les poussières colorées de dimensions suffisamment fines, introduites dans les voies digestives, traversent la paroi intestinale et, chez le cobaye adulte, sont rapidement transportées par les voies lymphatiques et sanguines jusqu'au poumon, qui les retient plus ou moins longtemps dans son parenchyme ;

2° L'ingestion de ces poussières colorées provoque, chez le cobaye, déjà cinq ou six heures après, l'apparition de taches anthracosiques, constituées par des dépôts de granulations noires, surtout abondantes sous la plèvre viscérale ;

3° L'inhalation plus ou moins prolongée de ces mêmes poussières peut entraîner leur accumulation dans le larynx, les bronches et les alvéoles, et produire des lésions authracosiques *différentes par leur aspect de celles qu'on obtient par l'ingestion*;

4° En conséquence, à côté de l'authracose d'origine respiratoire et purement mécanique, dont nul n'a jamais songé à nier l'existence, il faut admettre la réalité de l'authracose physiologique d'origine intestinale.

Il est, du reste, établi, d'une façon indiscutable, que *l'origine intestinale* est commune à nombre de maladies, dont l'étiologie est mal définie.

Les accidents gynécologiques eux-mêmes ne sont-ils pas quelquefois produits par une sorte de diapédèse à travers les parois entériques ?

Les eaux de boisson ne sont pas les seuls véhicules contagieux; elles partagent ce rôle avec les poussières de la route, ainsi que l'ont démontré de nombreuses observations et expériences.

On connaît aussi le danger des végétaux comestibles qui sont mis en contact avec des matières excrémentielles, employées comme fumures ; mais dans cet ordre d'idées on ne se méfie généralement pas assez des radis, du cerfeuil, du persil, des fraises, etc. ; en un mot, de tous les végétaux qui, mangés crus, se développent à petite distance du sol.

Je montrerai, ultérieurement, que d'autres ont une action semblable, même mangés cuits, tels que les choux, les oignons, les poireaux, les carottes, les haricots, etc., parce que, dans beaucoup de cas, leur cuisson ne s'effectue ni assez longtemps, ni à une température suffisamment élevée pour que certains microorganismes réfractaires, dont ils ont été chargés par les matières fécales, soient détruits. J'apporterai sur ce sujet des observations probantes.

Les pouvoirs publics se sont, depuis longtemps déjà, préoccupés de ces faits; et, de même qu'en vertu d'une mesure générale, il est défendu de distribuer l'eau puisée dans les rivières ordinaires, de même certains préfets ont prohibé l'épandage des matières excrémentielles dans l'entourage des villes.

Formule d'un crayon de couleur pour écrire sur le verre.

Dans les laboratoires et les pharmacies de nos formations sanitaires, on a souvent besoin de faire des inscriptions sur le verre des bouteilles ou des bonbonnes. On peut se servir pour cela d'un crayon dont j'ai donné la formule à l'autorité militaire et que je prépare de la façon suivante :

Blanc de baleine	100 parties.
Graisse	15 parties.
Cire.	27 parties.
Ajouter en remuant : minium pulvérisé.	150 parties.

Il suffit ensuite de couler dans des moules de la grosseur des crayons.

Conseils aux médecins des armées sur l'équitation.

Les nécessités de la guerre ont amené bien des médecins de complément à monter à cheval. Qu'il nous soit permis, après une expérience de quatre années, de faire part à nos confrères du front, de nos réflexions sur un sujet qui les intéresse tous et de leur donner quelques conseils pratiques dont ils pourront se bien trouver.

On ne saurait donner pour base à l'équitation des règles positives et mathématiques. Ce serait un grand tort de substituer, en pareille matière, le calcul à l'inspiration, la froideur à la hardiesse, la science compassée et méticuleuse à l'action

libre et puissante : en un mot, de tuer la poésie de l'équitation et de l'étouffer sous une théorie aride et absolue.

Cependant, toutes les sciences et tous les arts reposent sur des principes, sur une partie matérielle que le public ignore, parce qu'il ne voit que les résultats, mais que ceux qui les pratiquent doivent connaître, sous peine d'être arrêtés dans le développement de leurs facultés, si brillantes qu'elles soient. Le musicien, le poète, le sculpteur, le peintre, le savant, le médecin enfin, commencent par s'initier aux secrets les plus intimes de l'art ou de la science. Pour les uns, ces études premières sont plus promptes et plus tôt terminées que pour les autres; mais qu'on ne dise pas que les esprits les plus indépendants, les génies les plus fougueux, procèdent au hasard et marchent à l'aventure; leur audace est en raison de leur savoir. Moins que personne nous voudrions dépouiller l'équitation de ce qu'elle a de noble, de gracieux, de fier. Nous tâcherons, dans ce qui va suivre, de tout concilier.

On ne possède pas de dictionnaire sur le front. J'ignore donc la définition que donnent les lexiques de l'équitation.

Comment la définir scientifiquement?

Je dirais volontiers qu'elle est la science qui traite de l'équilibre et des mouvements du corps du cheval.

Un homme fait de l'équitation quand il applique cette science sur son coursier. Mais il fait, en même temps, le plus beau cours de patience et de morale.

Un cours de patience : car, s'il faut de la patience pour parler à l'intellect de l'enfant, de l'adolescent et de l'homme, à plus forte raison en faut-il pour se faire comprendre d'un être intelligent, il est vrai, mais timide, défiant par ignorance, ou rendu tel par la brutalité.

Un cours de morale : car le cavalier ne doit demander au cheval que des choses possibles et en rapport avec sa nature. Il doit lui apprendre à ne jamais être vif, colère, vindicatif, hargneux, et, pour arriver à le conserver dans sa belle nature, qui est exempte de tous ces défauts, il faut qu'il les évite pour lui-même ; sans cela, il les inoculerait, en quelque sorte, à l'animal.

Aussi peut-on dire, je crois, qu'il n'y a pas de chevaux réellement rétifs; un cheval est toujours ce que le cavalier le fait. Sa structure seule, accompagnée de tare ou de souffrance, détermine son caractère.

Le cavalier est en présence d'un cheval qu'il ne connait pas encore. Quel objet doit, d'abord, attirer son attention? *La structure de l'animal.* Ensuite il étudiera son caractère, il cherchera à savoir quelle a été son éducation première; mais, avant tout, je le répète, il examinera sa structure.

En effet, qu'est-ce qui donne naturellement au cheval la légèreté, l'aisance dans les mouvements et, par cela même la docilité ? C'est une bonne structure. Le cheval peut être comparé à un édifice porté sur quatre piliers; si ces piliers sont également bons, l'édifice est soutenu régulièrement ; si l'un des piliers pèche, l'édifice penche du côté défectueux, car la partie la plus forte tend toujours à charger la plus faible.

La structure détermine donc le parti à tirer du cheval. Si elle est bonne, l'écuyer n'a qu'à aider la nature ; en peu de temps, il amènera son cheval à une équitation sage et utile.

Mais, si la structure est vicieuse, quel travail, quelle délicatesse, quel tact, quelle suite dans les idées ne faudra-t-il pas pour rétablir l'équilibre de la machine ! Que de nuances imperceptibles, qui avancent ou retardent de plusieurs jours l'éducation du cheval, suivant qu'elles sont bien ou mal saisies !

Le cavalier, pour être à même de juger les proportions, les tares, ou les souffrances quelconques du cheval qu'il monte, doit être anatomiste, vétérinaire. Je ne veux pas dire, par là, qu'un cours spécial de ces deux sciences soit pour lui une nécessité, mais il doit étudier et savoir ce qui concerne l'extérieur de l'animal.

Dès qu'il s'est rendu compte des proportions du cheval, que doit-il considérer ?

Les conséquences de ces proportions, jointes au *caractère* plus ou moins ardent de l'animal.

Il est évident, en effet, que l'arrière-main produit chez le cheval une force d'impulsion en avant, et l'avant-main une force rétrograde; que ces deux forces, dans la marche du cheval; agissant de manière que l'une prime l'autre, et tendant toujours à lutter ensemble, constituent le mouvement.

Si donc le cavalier, qui doit avec les jambes maintenir ces forces et y ajouter quand elles sont insuffisantes, laisse primer l'une ou l'autre de ces forces plus qu'il n'est nécessaire pour le mouvement du cheval, il y a déplacement d'équilibre.

Il résulte de cette vérité incontestable que le cavalier doit être non seulement équilibriste pour lui-même, car sans fixité ses mouvements sont incertains, mais encore pour le cheval, dont il est l'âme, et qui ne fait qu'un avec lui.

A ces connaissances, et pour prendre rang parmi les écuyers, il doit ajouter celle de la physiologie des forces de l'animal.

Tout écuyer doit savoir :

1° Que ses jambes servent à soutenir les hanches, à conserver l'allure, à l'augmenter : en d'autres termes, qu'elles donnent et entretiennent l'impulsion ;

2° Que la main s'empare de cette impulsion et la distribue suivant l'intelligence qui la dirige;

3° Que les jambes n'ont rien à faire, quand

l'impulsion est suffisante, à plus forte raison quand elle est trop forte;

4° Qu'il est des cas où les jambes précèdent la main, et d'autres où la main précède les jambes;

5° Que la position des jambes varie suivant ce que l'on demande;

6° Que les jambes ont seules la propriété de ramener l'encolure.

Voilà les principales difficultés dont il doit triompher. L'homme qui sait comprendre, sentir et appliquer ces principes, parler à l'intelligence du cheval, lui servir d'ami, de conseiller, de guide, cet homme mérite seul le titre d'écuyer. L'écuyer et le cheval n'ont dans l'action qu'une même intelligence, qu'une même vie et qu'un même mouvement.

S'il y a de la poésie dans l'âme de l'écuyer, elle passe entièrement dans les mouvements du cheval. Y a-t-il rien de plus poétique, en effet, que cette union et cet accord intelligent et facile de l'écuyer habile avec son coursier, que cette espèce de fusion de l'homme et de son cheval? C'est la fable du Centaure réalisée.

Qu'on ne s'étonne donc pas maintenant de trouver si peu de véritables cavaliers. Je le répète encore, pas d'écuyer possible sans une claire *intelligence*. La seconde condition est la *persévérance* : l'homme avec l'intelligence seule, sans la volonté qui la soutient, ressemble à l'oiseau privé d'une aile qui vole à fleur de terre sans pouvoir s'élever.

Pourquoi voit-on tant d'hommes de cheval distingués ne plus avancer dans la science et ne point franchir le dernier pas? C'est que la persévérance, vertu si rare, n'accompagne pas l'intelligence, qui ne peut rien sans elle.

Résumons-nous : pour faire de bonne et utile équitation, il faut patience, persévérance, douceur, intelligence, hardiesse, expérience, tact, étude de plusieurs sciences, etc., etc., et, en outre, une grande pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les plaies de guerre et leurs complications immédiates. — *Leçons faites à l'Hôtel-Dieu*, par H. Hartmann, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. Un volume gr. in-8 de 200 pages avec 58 figures. Prix : 8 francs.

Les 18 leçons qu'a faites M. le professeur Hartmann à l'Hôtel-Dieu donnent une idée complète de ce qu'est aujourd'hui la chirurgie de guerre. On y trouve résumées et mises aux points le opinions émises aux cours des discussions qui ont eu lieu dans les diverses sociétés, en particulier à la Société de chirurgie de Paris, qui, depuis le début des hostilités, est devenue le centre du mouvement chirurgical dans notre pays.

Les plaies de guerre, leur traitement, les hémorragies, le tétanos, la gangrène gazeuse, le choc traumatique, la technique de la pose des appareils les plus employés, l'étude des lésions osseuses et articulaires, des amputations, des plaies du crâne, de la face, du thorax et de l'abdomen sont successivement envisagées. Les gelures font l'objet d'une leçon spéciale.

Si nous ajoutons que M. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, a rédigé pour ce livre une leçon sur les lésions oculaires et les blessures de l'appareil visuel, on voit que tout ce qui a trait aux plaies de guerre et à leurs complications immédiates se trouve exposé dans ce volume. Rédigées sous une forme claire et concise, ces leçons sont appelées à rendre de grands services à tous ceux qui sont actuellement appelés à donner leurs soins aux blessés.

Néo-Malthusianisme, Maternité et Féminisme. Education Sexuelle. par J. Doléris, membre de l'Académie de médecine, et J. Bouscatel. Un vol. in-8 de 264 pages (Masson et Cie, éditeurs, 4 fr. 50, 10 % de majoration provisoire).

Néo-Malthusianisme? La doctrine, si doctrine il y a, résiste-t-elle a l'examen?

« Nous voulons, dit M. Doléris dans sa préface, montrer quelques-uns des problèmes dont il faut se préoccuper et qu'il faut résoudre sur les bases du triomphe de la Nature et du progrès moral éternel *sous peine de mort*. Et si, après la lecture de ces pages, une femme permet à son enfant de naître, si un couple consent à donner la vie, si même un adolescent réfléchit aux devoirs que l'avenir lui réserve, il nous semble que notre tâche n'aura pas été vaine. »

Tel est le but que se sont proposé les auteurs, but éminemment noble et qu'il faut souhaiter voir atteint.

De tous les maux qui nous font la guerre, le Boche « puisqu'il faut l'appeler par son nom » n'est pas le plus redoutable dans l'avenir. La dépopulation nous menace d'un irréparable désastre si nous ne savons, si nous ne voulons réagir. Le mal est ancien; toute une littérature d'avant-guerre nous avait posé en principe « le droit de vivre sa vie », droit qui bien souvent aboutit à supprimer de la vie.

La question de l'avortement, la théorie de la loi de Malthus si souvent citée, et à tort et à travers, font l'objet de chapitres importants. M. Doléris envisage la Reproduction humaine au triple point de vue biologique, philosophique et social, et c'est peut-être le premier ouvrage qui

paraît qui synthétise vraiment les trois côtés de la question.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée au rôle des femmes française pendant la guerre. La guerre, tueuse d'hommes, a fait évoluer le féminisme. Les femmes ont dû s'adapter à tous les métiers, et, de cette initiation trop brusque, sont nés d'autres dangers que les auteurs nous font voir en face, et dont ils nous indiquent le remède, la culture physique féminine. On lira à ce sujet leur classification des sports au point de vue de l'hygiène.

Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques, par PASTEUR VALLÉRY-RADOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-8 de 258 pages avec 42 figures et 2 planches en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs, Paris. 10 francs, plus 10 %).

Ce livre, à la fois théorique et pratique, est important à connaître pour tous les médecins qu'intéresse la physiopathologie rénale et particulièrement pour les praticiens qui y trouveront les règles du diagnostic fonctionnel et le pronostic *du mal de Bright.*

L'auteur a résumé les conceptions actuelles sur les néphrites, telles qu'elles résultent des travaux de M. Widal et de son école, et il a exposé les recherches personnelles qu'il a poursuivies dans le service et le laboratoire de M. Widal sur les grand syndromes du mal de Bright.

Le lecteur y trouvera une étude sur les nouvelles épreuves d'élimination provoquée et leur intérêt en clinique; puis un chapitre consacré à la rétention chlorurée dans lequel M. Pasteur Vallery-Radot montre que l'élimination des chlorures dans les néphrites obéit à une loi dont le rythme est constant mais dont les modalités sont variables; de cette loi, il tire des conclusions pratiques pour rechercher avec une précision rigoureuse la perméabilité du rein aux chlorures.

La symptomatologie des néphrites azotémiques est exposée dans son ensemble, ainsi que leur anatomie pathologique.

D'observations suivies pendant plusieurs années, l'auteur déduit les règles très simples qui doivent présider au pronostic des néphrites en s'appuyant sur le dosage de l'urée sanguine.

Les renseignements que peut donner la constante d'Ambard dans la pratique sont étudiés en détail.

Dans un chapitre sur l'hypertension artérielle, M. Pasteur Vallery-Radot montre l'origine rénale de l'hypertension permanente.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur fait une étude des néphrites expérimentales qu'il a obtenues dans des conditions qui se rapprochent de celles des néphrites humaines.

On voit combien la lecture de ce livre, tant par son exposé des travaux modernes que par ses vues nouvelles et originales, est utile pour pénétrer le fonctionnement rénal, reconnaître les troubles du mal de Bright et en établir un pronostic rationnel.

L'utilisation ménagère des fruits, sans sucre, par A. TRUELLE, publiciste, membre de l'Académie d'Agriculture de France. 1 vol. in-8 de 96 pages avec figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs, Paris). Prix 2 francs net.

« Se restreindre », c'est bien. — « Utiliser », c'est mieux.

La première formule exprime une nécessité que les circonstances imposent. — La seconde nous invite à prévenir les restrictions pour les rendre inutiles.

L'auteur du petit volume qui paraît aujourd'hui sous les auspices de notre confrère *La Nature*, nous apprend non à *restreindre* nos besoins, mais *à utiliser* nos richesses naturelles.

Nous manquons de sucre? Les confitures vont devenir rares? Que faire des fruits de nos jardins? Tous ceux qui ne seront pas consommés frais seront-ils perdus?

Non. — Mais encore fallait-il indiquer avec compétence aux ménagères, aux propriétaires et aux cultivateurs, comment sauver leurs fruits et expliquer dans tous les détails la manière la plus avantageuse de traiter chaque espèce. C'est dans cet esprit essentiellement pratique que M. Truelle a réuni ces « Recettes ».

Vous voulez, *sans sucre*, faire des « *conserves* » au naturel? Apprenez à chosir vos récipients, à les boucher, à préparer vos fruits, à surveiller leur stérilisation.

Désirez-vous des « *jus* » ou « *sucs* de fruits »? — *Sécher* vos pommes, vos poires, vos raisins, vos figues et les conserver après les avoir séchés?

Voulez-vous surtout, car c'est sans doute le mode de conservation le plus facile à réaliser, faire des « *purées* » d'abricots, de prunes, des « *raisinés* », des jus de pommes concentrés, des « *gelées* », des « *pommées* »?.....

Vous trouverez dans cette brochure des indications précises et pratiques qu'avec un peu de savoir-faire vous adapterez à vos besoins. Si vous habitez la campagne vous lirez avec intérêt le chapitre spécial consacré aux fruits des haies et des bois : vos enfants en grapillant les mûres et en ramassant des châtaignes, que vous transformerez pour les conserver, accroîtront vos réserves d'hiver au plus grand profit de tous.

Ce petit code de « *la confiture sans sucre* », doit pénétrer dans tous les ménages. Ses recettes sont assez variées pour être utiles aussi bien à la ferme qu'au château, et dans le Lot-et-Garonne comme en Normandie.

DEMANDES ET OFFRES

N° 81. — Docteur réfugié des régions évacuées louerait pendant la durée de la guerre au moins dans ville du centre ou du midi une maison meublée ou non avec 8 pièces, eau et gaz ou remplacerait confrère pour la durée ci-dessus indiquée.

N° 82. — A vendre fauteuil roulant, n'ayant pas servi, pour malade ou blessé des membres inférieurs. Concierge, 21, Av. Mozart, Paris.

N° 83. — Spécialiste O. R. L. demande à exercer dans clinique bien située à Paris. Libre de 5 à 7 heures, mardi, jeudi, samedi.

Petite Correspondance

Dr D. à *Sou médical.* — Voici une lettre d'une compagnie d'assurances « La P. », qui m'a été adressée le 18 juin, en réponse à une note que je lui envoyai en décembre.

Cette compagnie réduit généralement tous nos honoraires. Je fus de nouveau mobilisé et remis le malade en d'autres mains. Ceci est pour mes soins à moi.

Dois-je accepter, comme j'ai eu tort de le faire déjà lorsque la P., me demandait de retrancher une somme quelconque ? Je

Suite page XVII.

CHLORO-CALCION

CORRESPONDANCE

Question de déontologie banale.

Le Dr S. à M. nous adresse la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant :

J'appelle en consultation auprès d'un de mes clients dont je suis le médecin traitant un chirurgien qui décide avec moi qu'il y a lieu à opération. Le malade est enlevé le lendemain et conduit à la clinique du confrère qui l'opère sans me prévenir et sans daigner seulement depuis me donner des nouvelles de mon client de sorte que j'ai appris la chose par des voisins. Ne trouvez-vous pas que la conduite du confrère est des plus incorrectes et ne pensez-vous pas que je suis tout à fait en droit de lui reprocher son attitude ?

N'estimez-vous pas que dans des cas analogues le devoir strict du chirurgien est :

1° De prévenir le médecin traitant du jour et de l'heure de l'opération ;

2° De le convoquer à assister à cette opération.

Veuillez agréer, etc.

Réponse.

Le fait, s'il s'est passé exactement ainsi, ne donne pas lieu à discussion. Le chirurgien qui a agi ainsi a manqué aux règles les plus élementaires de la déontologie médicale.

La nomination des médecins auxiliaires S. X., docteurs en médecine, au grade d'aide-major.

La circulaire ministérielle du 11 mai 1918, nomme au grade de médecin aide-major de 2e classe tous les médecins auxiliaires pourvus du diplôme de docteur en médecine. D'autre part, elle semble exiger de ces mêmes médecins une certaine inaptitude à faire campagne.

Dans ces conditions, un médecin auxiliaire, docteur en médecine, en traitement dans un hôpital par suite d'une maladie contractée en *service commandé*, peut-il réclamer son galon d'aide-major avec quelque chance d'obtenir satisfaction, même si l'affection dont il est atteint doit entrainer une inaptitude prolongée ?

Il serait étrange qu'une circulaire ministérielle privât d'une nomination, si souvent promise et si longtemps attendue — ceux qui ont compromis, sinon ruiné, leur santé dans l'accomplissement du devoir.

Réponse.

Pour être promu médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire, un médecin auxiliaire doit produire un certificat médical de visite et de contre-visite d'aptitude à servir aux armées.

Tant que vous serez inapte, nous doutons que vous puissiez être l'objet d'une proposition pour le grade supérieur, quelle que soit l'origine de votre inaptitude : dès que celle-ci aura cessé, par contre, rien ne pourra, semble-t-il, s'opposer à ce que vous obteniez votre promotion.

Mise hors cadre des officiers de complément du Service de santé.

Voulez-vous me permettre de vous demander un renseignement, bien que n'appartenant pas au Corps médical.

Notaire de profession, mobilisé comme officier d'administration de 1re classe du Service de santé, et ayant occupé successivement les fonctions de gestionnaire de deux ambulances, puis d'un grand H. O. E. de première ligne, je me suis trouvé depuis quatre ans en contact constant avec des médecins de complément et ai eu l'occasion de lire fréquemment votre publication qui m'intéressait, pas au point de vue médical s'entend, mais au point de vue des revendications « militaires » des médecins de complément et, par analogie, des pharmaciens et des officiers d'administration.

J'y ai lu aussi des articles fort intéressants et c'est au sujet de l'un d'eux que je me permets de vous demander quelques renseignements.

Il paraît — du moins c'est votre journal qui me l'a appris — que les officiers de complément du Service de santé des classes 1888 et plus anciennes peuvent demander et obtenir, non pas à être mis en sursis (puisque cette position ne s'applique qu'à la troupe) mais en *congé sans solde*.

D'après le no 10 de cette année de votre journal, du 15 mai 1918, page 472, des congés sans solde jusqu'à nouvel ordre sont accordés sur leur demande aux officiers de complément S. S. des classes 1888 et plus anciennes, et ce en exécution des circulaires 14077 A 1/7 du 30 avril 1918 et 33763 1/7 du 21 octobre 1917.

D'après le texte de votre publication les dispositions paraissent s'appliquer à tous les officiers de complément du Service de santé (médecins, pharmaciens, officiers d'administration) ai-je bien compris ?

Pourriez-vous me procurer le texte de la circulaire, ou m'indiquer où je pourrai me la procurer.

Cette question ayant pour moi le plus haut intérêt, je vous serais particulièrement reconnaissant de bien vouloir me donner réponse aussi tôt que possible.

Réponse.

La note de service n° 2833, du 27 avril 1918 du ministre de la guerre précise que :

« Le paragraphe de la circulaire n° 1914 D. « du 17 février 1918, relatif aux mises hors « cadre des officiers de complément doit être « interprété en ce sens : que les officiers des « classes 1888 et plus anciennes pourront « être rayés des cadres sur leur demande ».

Voir *Concours médical* du 15 mai 1918, p. 472.

Situation militaire des étudiants munis du P. C. N.

A-t-il été pris quelques décisions en faveur des jeunes soldats de la classe 19, munis de leur P. C. N.

Soit, pour être désignés d'office, comme infirmiers.

Soit pour être autorisés à prendre une inscription à la Faculté de médecine.

Père d'un jeune soldat, de la classe 19, muni de son P. C. N., et incorporé dans les chasseurs alpins, je vous serais reconnaissant de me fournir les renseignements demandés.

Réponse.

Nous ne connaisson pas de décision de principe modifiant l'ancienne réglementation en vigueur et aux termes de laquelle les étudiants munis seulement du P. C. N. étaient exclus du Service de santé et versés au contraire dans les unités combattantes.

Peut-être est-il possible d'obtenir l'autorisation de prendre une inscription de doctorat, mais nous ne pensons pas qu'il en résulte un changement à la règle précédente.

En tout état de cause, faites une démarche auprès du Directeur du Service de santé de la région à laquelle appartient votre fils. Il vous fixera d'une façon précise.

Nomination posthume à un grade supérieur (aide-major de 2e classe à aide-major de 1re classe).

Pourriez-vous me renseigner sur la marche à suivre pour obtenir la nomination posthume avec rétro-activité d'un M. A. M. 2e classe au grade supérieur auquel il avait droit depuis un an·

Cette nomination posthume permettrait à la veuve de toucher un rappel de solde et une pension supérieure après la guerre.

Mon père le Dr B., M. A. M. 2e classe, est mort le 2 février 1918 d'une maladie contractée par le fait du service. Il appartenait à la classe 1890 et avait été mobilisé le 3 août 1914.

Nommé médecin auxiliaire le 13 septembre 1914, et médecin A. M. 2e classe, le 3 mars 1915, il avait au moment de sa mort, vingt-six mois de front tant au Maroc, qu'au front français, et trente-huit mois de grade.

D'après le décret du 3 novembre 1916, qui annule la mention « pour la durée de la guerre » dans les décrets de nomination aux grades de médecin et de pharmacien de réserve et de territoriale portant les dates des 18 août 1914, 23 août 1914, 25 août 1914, etc., décret confirmé par celui du 16 novembre 1916, qui dit que ces officiers sont à titre définitif depuis le jour de leur nomination ;

D'après la note du G. Q. G. du 22 octobre 1916, no 19748 qui dit que les sous-lieutenants et assimilés passent automatiquement au grade supérieur au bout de deux ans de grade;

D'après une réponse du ministre de la Guerre à une demande de M. le commandant Josse, député, concernant la nomination des M. A. M. 2e classe au grade supérieur, réponse promettant satisfaction prochainement avec rétroactivité aux intéressés qui n'avaient pas été nommés ;

Mon père avait droit depuis onze mois à être nommé M. A. M. 1re classe.

Du reste cette nomination posthume a été rendue possible par un décret assez récent dont j'ignore la date et les termes exacts.

Réponse.

Nous vous conseillons d'adresser ou de faire adresser par votre mère, au ministre de la Guerre, une demande de régularisation de situation du grade de M. votre père, en y joignant son état signalétique et de ses services que vous obtiendrez du dépôt ou de la Direction du Service de santé dont il relevait.

Les faisant fonctions ont-ils droit à la solde des titulaires ?

« Un médecin sous aide-major affecté comme chef de service à un groupe d'artillerie remplit-il les fonctions de médecin aide-major ? Et dans ce cas, afin de manger à la table des officiers, n'a-t-il pas droit à toucher une indemnité complémentaire ou bien n'a-t-il pas droit simplement à la solde de médecin aide-major, puisqu'il en fait les fonctions, tout comme les médecins-

auxiliaires à l'intérieur qui font fonctions dans les hôpitaux de médecins-traitants ».

P. T.

Réponse.

Seuls, les *docteurs en médecine,* médecins auxiliaires du service auxiliaire perçoivent une indemnité supplémentaire mensuelle qui porte leur solde au taux de celle d'aide-major de 2e classe, quand ils remplissent les fonctions de médecins traitants dans les hôpitaux complémentaires.

Par ailleurs, les faisant fonctions dans un emploi déterminé ne touchent pas la solde des titulaires de l'emploi. Un aide-major qui fait fonction de chef de service d'un régiment, emploi tenu régulièrement par un médecin-major de 2e classe et de 1re classe ne perçoit jamais que sa solde d'aide-major. Ce qu'il peut seulement toucher ce sont les frais de service afférents à la fonction.

Quand un médecin auxiliaire ou un sous-aide-major, chef de service d'une petite unité, est admis à faire popote avec les officiers de cette unité, il est d'usage que les prix des repas soient établis de façon à cadrer avec la solde des différents grades faisant partie de la popote.

Les affectations aux armées.

J'occupe mon emploi actuel depuis deux ans ; depuis deux ans je n'ai donc pas fait de médecine, ou si peu ! Ai-je le droit de demander mon affectation dans un hôpital de la zone des armées ?

J'appartiens à la classe 1904, et mes affectations ont été les suivantes :

1re année de guerre, médecin de bataillon.
2e — — médecin d'hôpital.
3e et 4e années, médecin de groupe d'artillerie.

Soit trois ans de front, un dans l'infanterie deux dans l'artillerie.

Dr F.

Réponse.

Vous avez toujours le droit de formuler une demande dans les formes réglementaires, mais l'autorité médico-militaire n'est nullement obligée, de par ses dispositions en vigueur, d'y satisfaire et de vous affecter à un hôpital. Elle peut le faire : rien ne l'y force.

Il vous a d'ailleurs été fait application des circulaires relatives au roulement entre médecins, médecins sous aides-majors et médecins auxiliaires dans des conditions qui semblent plutôt avantageuses, en tenant

compte de votre classe. Le motif que vous invoquez, très légitime en soi, à peu de chance d'être pris en considération.

Affectation. — Avancement.

Je vous remercie des renseignements que vous avez eu l'obligeance de m'adresser en réponse aux questions que je vous posais sur le droit au deuxième échelon de solde pour les médecins ayant quatre années d'exercice dans le grade et l'affectation à leur domicile des médecins de la classe 89.

A ce sujet, une circulaire récente du ministre de la Guerre vient d'étendre aux militaires R. A. T. envoyés à l'intérieur par raison d'âge le droit d'être affectés à leur domicile ou le plus près possible; ne vous semble-t-il pas que ce serait là une occasion propice pour demander par la voie du *Concours médical* que la même mesure soit appliquée aux médecins R. A. T. qui sont à l'intérieur en raison de leur âge? La situation de ces médecins n'est-elle pas aussi digne d'intérêt?

N'ayant pu au cours de mes nombreuses pérégrinations comme médecin de complément, lire tous les Nos du *Concours médical*, je profite des loisirs que me laisse une convalescence pour lire ce que je n'avais pas encore lu; je trouve encore de l'intérêt aux nombreuses lettres écrites en 1915 et 16 sur la relève ou l'avancement.

Le hasard a voulu que je trouve dans le numéro de janvier 1916, une question (No 5.961) posée le 18 novembre 1915 par M. le député Mourier qui estimait alors « qu'il serait juste de nommer médecins majors de 2e classe tous les aides-majors de 1re classe, ayant au moins dix ans de grade, qui remplissent les fonctions de médecins chefs de formations sanitaires ».

Ne croyez-vous pas qu'il serait de bonne logique que de prier M. le sous-sécrétaire du Service de santé Mourier de répondre par des faits à la question posée autrefois par M. le député Mourier?

Il existe encore un certain nombre de ces aides-majors qui ont exercé longtemps les fonctions de médecins-chefs avec dix ans de grade, comme aides-majors de 1re classe; j'en connais personnellement plusieurs dans ma région; mais peut-être ne sont-ils plus tous médecins-chefs parce qu'ils ont dû partir au front en remplacement des jeunes et qu'à leur retour ces fonctions étaient remplies par des médecins souvent plus jeunes et plus galonnés. Pourquoi ne les nomme-t-on pas au grade supérieur? Auraient-ils donc démérité parce qu'ils sont allés sur le front?

Dr B.

Réponse.

Entièrement de votre avis sur les deux points essentiels de votre lettre, nous

sommes heureux de la publier, pour appuyer nos propres demandes et montrer qu'en les formulant nous ne sommes que les interprètes de nos correspondants mobilisés.

Leurs intérêts sont les nôtres : eux seuls nous guident.

C'est pour les défendre, ces intérêts, que nous rompons des lances en faveur des desiderata de la majorité, heureux quand un résultat favorable vient couronner nos efforts, ce qui arrive encore quelquefois.

Les changements de résidence des médecins en congé illimité.

Etant en congé illimité sans solde, après avoir été mobilisé chez moi pour le service médical du canton, ai-je le droit de changer de résidence sans l'autorisation de l'autorité militaire? J'ai 7 enfants, le pays a été souvent bombardé par avions (et malheureusement il y a eu des victimes). Je songe à exercer dans une région moins menacée pour mettre les miens en sécurité. Puis-je quitter librement?

Dr C.

Réponse.

Nous sommes d'avis que, mis en congé illimité sans solde, vous pouvez changer de résidence à la seule condition d'informer l'autorité militaire très exactement de la nouvelle localité où vous vous transporterez, si votre mise en congé n'est pas conditionnelle, si, par exemple, vous n'avez pas été placé dans cette situation pour soigner la population civile de votre résidence primitive.

La vision dans l'aptitude physique.

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

1° Quelles sont les conditions de la réfraction oculaire exigées pour l'armée active et pour l'armée auxiliaire ;

2° Quel est le décret qui règle les dispositions et la date de ce décret.

Réponse.

La dernière édition de la Notice sur l'aptitude physique, en date du 25 juillet 1916, fixe ainsi les conditions de l'acuité visuelle :

1° Pour le *Service armé :* acuité visuelle égale ou supérieure, 1/2 d'un côté, à 1/20e de l'autre, après correction par des verres appropriés ;

2° Pour le *Service auxiliaire :* acuité visuelle

égale ou supérieure à 1/4 d'un côté, inférieure à 1/20e, ou même nulle de l'autre, après correction par des verres appropriés.

En ce qui concerne la *myopie* : pour le *Service armé*, au maximum 8 dioptries, avec acuité visuelle ramenée par correction, aux mesures fixées au 1° ci-dessus ;

Pour le *Service auxiliaire*, au-dessus de 8 dioptries, avec acuité visuelle ramenée, par correction, aux mesures fixées au 2° ci-dessus ;

En ce qui concerne l'*Hypermétropie*, en compatité avec le service armé, l'hypermétropie qui, après correction, n'abaisse pas l'acuité visuelle au-dessous des limites fixées au 1° ci-dessus ;

En compatité avec le service auxiliaire l'hypermétropie qui, après corrections, n'abaisse pas l'acuité visuelle au-dessous des limites fixées au 2° ci-dessus.

NOUVELLE

Caisse d'Assistance Médicale de guerre — M. le Dr Mourier, sous-secrétaire d'État du Service de santé au Ministère de la Guerre, a accepté la Présidence d'honneur de notre Caisse d'Assistance Médicale de guerre.

La dernière liste des souscriptions à la Caisse porte le total des dons à *un million trente mille francs*. Cette somme bien qu'appréciable est très inférieure aux charges qui incomberont à la Caisse après la guerre. Aussi adressons-nous à nos confrères l'appel le plus pressant pour qu'ils envoient de nouveaux dons au Trésorier de la Caisse d'Assistance Médicale de guerre, 5, rue de Surène, à Paris.

Le Livre d'or du corps médical français.

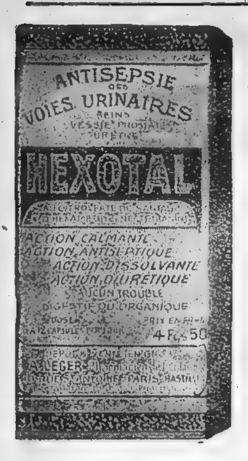
Citation.

Le Dr Dedet, aide-major aux armées, a été décoré de la croix de guerre avec la citation suivante :

« Fait preuve de remarquables qualités professionnelles. S'est toujours signalé dans les corps de troupe aussi bien que dans les formations sanitaires de l'intérieur par son grand dévouement aux blessés. Du 30 mars au 10 avril 1918, vient d'en montrer encore, avec beaucoup de calme, dans une ambulance au voisinage immédiat de laquelle tombaient les obus ».

Le médecin aide-major Dedet est le fils de notre confrère Dedet, de Martigny-les-Bains, un des premiers lecteurs du *Concours Médical*.

L'ANTISEPTIQUE URINAIRE IDÉAL





Le SEUL qui réunisse les avantages suivants :

1° SOLUBILITÉ DE L'UROTROPINE (syn. Hexametylène tetramine) grâce à sa combinaison avec les acides oléique et citrique, d'une innocuité absolue.

2° ACTION BALSAMIQUE du santalol, sans troubles digestifs ni maux de reins, comme en provoquent les essences de santal du commerce qui contiennent toujours des matières résineuses.

3° ENROBAGE AU GLUTEN permettant au médicament de traverser l'estomac sans troubler la digestion, ni être décomposé par elle, et assurant sa dissolution graduelle dans l'intestin grêle *(ce qu'on ne peut obtenir avec les formes liquide ou granulée).*

4° *TOLÉRANCE PARFAITE* quel que soit le nombre des capsules absorbées

Échantillon sur demande : **A. LÉGER, Ph^cien^**, 10, Rue Saint-Antoine, **PARIS** (4e)

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gastrique MONCOUR	EXTRAIT Hépatique MONCOUR	EXTRAIT Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Entéro-Pancréatique MONCOUR	EXTRAIT Intestinal MONCOUR
Hypopepsie	Maladies du Foie Diabète par anhépathie	Diabète par hyperhépathie	Affections Intestinales Troubles dyspeptiques	Constipation Enterite muco-membraneuse
En sphérulines dosées à o gr. 125 De 4 à 16 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	*En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour.	*En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées a 30 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT de Bile MONCOUR	**EXTRAIT Rénal MONCOUR**	**CORPS Thyroïde MONCOUR**	**POUDRE Ovarienne MONCOUR**	**AUTRES Préparations MONCOUR**
Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention	Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie	Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes	Aménorrhée Dysménorrhée Menopause Neurasthénie féminine	Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.
En sphérulines dosées à 10 c/gr. De 2 à 6 sphérulines par jour.	*En sphérulines dosées a 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	*En bonbons dosés à 5 c/gr.* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	*En sphérulines dosées a 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France et les Syndicats médicaux.

(Suite et fin [1])

Le dispensaire anti-tuberculeux

Voici donc un système bâti sur un plan conçu depuis longtemps et dont l'un des rouages essentiels fonctionne à contre-temps. Acceptons que certaines difficultés proviennent d'une situation de guerre, quoique sur ce point on puisse équilibrer les inconvénients par de gros avantages, notamment, en ce qui concerne le recrutement du personnel infirmier et médical. Il n'en reste pas moins que ce rouage risque de diminuer considérablement le rendement de la machine.

A côté de l'élément « Station sanitaire » — qui, avec quelques variantes, équivaudra au sanatorium du temps de paix — il existe un autre élément dont nous pouvons examiner rapidement le fonctionnement.

C'est le dispensaire antituberculeux.

La loi qui en permettait la création date d'avril 1916, c'est-à-dire de deux ans. Elle crée des avantages particuliers pour les dispensaires publics et, selon le rapporteur, les premiers fonds votés par le Parlement devaient amorcer la création d'un dispensaire par département. L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés nous montre que chaque département est loin de posséder un dispensaire : il n'y a pas un département sur trois qui possède cet organisme « essentiel ». Mais, fait plus grave, il n'y a pas un dispensaire sur vingt dans la formation duquel le Syndicat Médical ait été appelé à donner son avis.

La loi prescrivait que le Conseil d'Aministration devait comprendre un représentant du Syndicat Médical; les bureaux chargés d'exécuter la loi n'en ont respecté ni le texte, ni l'esprit. Nous voyons-là une méthode de temps de guerre période pendant laquelle ont peut user d'une certaine franchise. En temps ordinaire, l'Administration se garde généralement de heurter de front la loi. Elle se contente de nommer directement le « médecin » qu'elle qualifie de « représentant » du Syndicat. L'exemple est banal des représentants que l'on a ainsi essayé de nous faire endosser. Or, dans ce pays à mœurs électives, où le représentant est élu par le peuple, le « représentant » des groupements professionnels à telle ou telle Commission, est désigné par la bureaucratie préfectorale ou ministérielle. Cette méfiance de l'Administration envers les Syndicats, qui va jusqu'à la pousser à ne pas respecter la loi, nous la retrouvons dans l'organisation des dispensaires. Cette constatation est grave parce qu'elle risque de frapper à mort tout système de lutte antituberculeuse.

Cette lutte n'est, en effet, possible qu'avec la collaboration intime des médecins, des médecins praticiens, de tous les médecins praticiens. De ce fait que l'Administration n'a pas même cherché à établir une collaboration avec le corps médical découle donc cet autre fait que la lutte est illusoire ; car le malade n'est pas toujours au dispensaire, car il ne peut pas même toujours venir y consulter s'il est retenu au lit par une complication. Et cependant, il a besoin du médecin pour suivre, pas à pas, la marche, l'évolution des lésions, les divers mouvements des foyers.

S'il est une affection qui demande une confiance du malade en son médecin, c'est bien la tuberculose, et aussi, une unité d'action, de direction. Comment cette unité d'action existera-t-elle si le malade qui consulte, au dispensaire, un médecin, est soigné, chez lui, par un autre qui ignorera le premier? Et comment l'*unité de direction* existerait-elle si entre les deux médecins se glissaient des visiteuses, un enquêteur sous les ordres exclusifs du seul médecin qu'ils connaîtront? C'est ce qui existe actuellement dans 8/10 des dispensaires antituberculeux existants. C'est ce que l'Administration, sans peut-être sans douter, prépare; et c'est ainsi que de ce côté, s'édifie une façade... que l'Administration montre avec fierté en dénombrant les multiples consultations, visites et ordonnances.

Avant la guerre, le dispensaire n'était qu'un appât pour attirer une clientèle à tel ou tel parti, à telle ou telle bonne œuvre, à tel ou tel personnage confit en philantropie et amateur de louanges et de décorations. Cela n'avait qu'une importance sociale relative; mais qu'on construise de même sorte le dispensaire antituberculeux, c'est-à-dire le pivot de la lutte antituberculeuse, cela est une véritable aberration.

Cette première mise en marche qui trahit le conducteur nous annonce une direction que nous connaissons déjà. Nous avons vu que bien avant le plan exposé, l'Administration s'acharnait à ne pas vouloir s'engager dans la lutte au taudis et comment, après avoir laissée inappliquée la partie de la loi de 1902 concernant le taudis, elle

(1) Voir les numéros 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, du *Concours Médical.*

« oubliait » encore de se servir de l'article additionnel, voté en 1915, et permettant l'expropriation pour cause d'insalubrité publique.

L'orientation de la lutte antituberculeuse vers une sorte de fausse philantropie, de façade à allure pseudo-médicale devait se maintenir dans l'orientation des dispensaires.

Le dispensaire antituberculeux ne doit pas *être* une consultation d'hôpital, mais un organisme de triage, d'éducation. Les soins médicaux qu'il doit donner sont rares et il y a même des dispensaires-types, comme celui de Liège, dans lesquels il n'est donné *aucune consultation médicale.* Le dispensaire doit s'assurer que la Direction médicale est maintenue, que le malade se conforme bien aux prescritions faites, qu'il réalise une sérieuse prophylaxie. Il doit suivre le malade et agir sur le terrain économique en lui apportant les secours nécessaires lui permettant de vivre dans les conditions prescrites.

Il doit être une sorte d'usine dans laquelle le malade se fournit d'armes antibacillaires, et aussi, une école où il apprend à s'en servir. Autrement dit, le dispensaire est un organisme social autant que médical dans ses applications. Il est aussi utile de lui annexer une buanderie, une blanchisserie qu'une salle de consultation médicale.

C'est vers cette orientation d'abord qu'il fallait diriger le dispensaire ; c'est la direction contraire que l'Administration a prise et les dispensaires créés sont surtout des consultations d'hôpitaux où l'on donne de bonnes paroles et où l'on fait quelques gestes qu'on se fatigue à la longue de répéter. Le système aboutit à ceci que le malade va d'une organisation dans une autre, évacué d'un côté, il revient de l'autre et jamais le cycle n'est fermé.

Le tuberculeux sort de l'armée; on le considère comme trop atteint pour profiter d'une cure en Station : il est réformé ; il va dans sa famille. Le secours qu'il reçoit est insuffisant; les conditions matérielles (logement et nourriture) sont mauvaises. Alors, on s'adresse partout et toutes les « Protections » se mettent à l'ouvrage : associations, amis, hommes politiques, et cela mène le malheureux à la « Station »...

Il y meurt assez souvent. S'il est réformé après un séjour en Station, il retourne chez lui « éduqué », mais non guéri. Il est confié au dispensaire qui lui donne des conseils et quelques secours insuffisants. Son idée, s'il a été bien soigné à la Station, est d'y revenir. Et il s'aggrave chez lui, revient à la Station. Là, il s'améliore, reprend sa vie ancienne, repart chez lui etc... Le problème n'est toujours pas résolu, dans la grande majorité des cas. C'est à cela qu'aboutit une organisation d'Etat construite sur le type habituel des Administrations, c'est-à-dire dans laquelle la technique est prisonnière d'une bureaucratie, et où le technicien demeure le subordonné de l'Administration.

C'est pour ce piètre résultat qu'on dépensera des millions et c'est sur ce modèle que l'on se propose de construire, que l'on a commencé de construire l'organisme de lutte antituberculeuse en France.

Une organisation de lutte antituberculeuse ne peut être que si la Partie Administrative est subordonnée à la Partie technique.

DU ROLE DES SYNDICATS

L'Etat est donc incapable de diriger, d'organiser seul la lutte antituberculeuse; il ne peut qu'ériger une façade en subordonnant la technique à l'Administration. La preuve en est faite depuis longtemps pour l'hygiène et la prophylaxie en général. Ce que nous savons du système créé pendant la guerre pour lutter contre la tuberculose confirme ce que nous savions.

Comme toujours, en matière d'organisation sociale, l'intérêt général est d'accord avec l'intérêt des techniciens ; aussi, nous ne pouvons pas laisser dire que nous luttons pour les intérêts égoïstes professionnels, que la bureaucratie trouverait sans doute respectables, mais qui devraient s'incliner, nous sommes les premiers à le reconnaître, s'ils s'opposaient aux intérêts généraux.

C'est donc aux techniciens, aux médecins à organiser la lutte antituberculeuse; c'est à eux de dresser des plans et de réaliser. Mais nous avons vu qu'isolés, ils perdaient leur indépendance, c'est-à-dire leur force. Ce n'est donc pas le praticien qu'il faut présenter à l'Administration; c'est la collectivité *technique* et celle-ci a une forme, une expression, le *Syndicat*. De même que l'Etat est représenté par l'Administration, de même la collectivité technique est représentée par le Syndicat : structure administrative, d'une part, structure syndicaliste, de l'autre; la première subordonne le technicien, la seconde le libère.

Le Syndicat ne peut pas d'ailleurs agir seul; il ne peut ni méconnaître, ni ignorer l'Etat; il a besoin de l'Etat, mais sous sa forme utile, c'est-à-dire sous sa vraie forme, non technique, mais financière. La lutte antituberculeuse est sociale : Etat; elle est technique : Syndicats médicaux. En l'espèce, l'entente ne paraît pas très difficile puisque l'Etat lui-même a fini, en quelque sorte, par venir sur notre terrain ; il nous reste à le persuader qu'en fait d'exécution, il est inférieur ou incapable. Nous avons, pour obtenir ce résultat, la force des faits et notre force en tant que collectivité technique.

Nous pouvons donc causer, mais encore, faut-il nous-mêmes, nous rassembler pour l'effort, examiner la situation, c'est-à-dire les données du problème technique, en tirer la solution juste et réaliser.

Ceci revient — puisque nous sommes d'acord sur le plan général — à rechercher les obstacles, à les bien connaître pour les lever.

Les obstacles que nous allons rencontrer sont nombreux; il va falloir d'abord nous adapter nous-mêmes à ces fonctions nouvelles, c'est-à-dire à ces besoins nouveaux. Certainement, les principes généraux de l'exercice médical ne changeront pas; les rapports entre le médecin et le malade resteront les mêmes; ils ne peuvent pas changer puisque nous savons qu'à la base de toute médecine, il y a la liberté et la confiance, que liberté du choix et confiance forment deux clauses du contrat moral nécessaire entre le malade et le médecin.

Il est évident aussi qu'une sorte de contrôle sera créé puisque se produit l'intervention d'un iers, ou du moins d'une caisse : l'Etat. Ce sont des considérations un peu éloignées qui n'ont rien de spécifique concernant la lutte antituberculeuse. Ce contrôle, il nous suffira d'en établir les bases : qu'il soit technique; et nous pouvons même l'établir et il faut que nous l'établissions de telle sorte qu'il crée une situation comparable à la situation qui résulte du choix actuel du médecin par le malade.

Il est évident qu'en matière de tuberculose, la confiance, la persuation, l'éducation sont facteurs extrêmement importants; et parmi les raisons qui font naître la confiance, il y a d'abord la parfaite connaissance et l'habile utilisation de notre technique; une bonne technique donne de bons résultats. Cette politique des résultats est celle de ceux que nous soignons; et l'effort du médecin sera de plus en plus compris et apprécié au fur et à mesure que l'éducation du public sera meilleure. Nos malades ont besoin de comprendre; c'est donc une connaissance parfaite de notre technique qu'il nous faut posséder et, sur ce point, nous devons savoir nous critiquer nous-mêmes. Il nous déplaît de voir des incompétents, même des plus huppés, nous mal juger.

Il nous est, par contre, indispensable de nous critiquer nous-mêmes, c'est-à-dire de chercher à nous perfectionner; il s'agit moins d'ailleurs d'acquérir des connaissances nouvelles que d'adapter celles que nous avons acquises par notre propre effort et souvent malgré toute la mauvaise volonté des Facultés.

La Tuberculose n'exige pas de connaissance « spécialisées » et la technique en est simple; mais il est évident qu'à notre époque, le médecin doit connaître et appliquer toutes les méthodes anciennes ou nouvelles qui sont elles-mêmes la conséquence du progrès. Il est possible qu'une sorte de préparation, qu'une sorte de mise au point pour chacun de nous soit nécessaire après la guerre; nos Syndicats peuvent et doivent la faire. Les médecins reprendront tous un contact qu'ils n'auront pas l'occasion de perdre. En ce qui concerne la tuberculose, il n'y a pas, à proprement parler, de « spécialité d'ordre technique ». Le dépistage, le fameux « dépistage » de la tuberculose ne demande pas autre chose que l'observation stricte du malade avec la mise en œuvre de tout ce qui peut plus particulièrement nous dévoiler des faits objectifs : examen clinique, examen des crachats, température, examen radioscopique; de l'ensemble de tout cela sort un diagnostic précis.

Il faut donc savoir observer et être attentif, et surtout, réunir les conditions qui permettent une bonne observation, c'est-à-dire qui amènent la constatation des faits. Méthode et temps. Le problème se pose finalement sur le terrain économique. Ce qui souvent contrarie la recherche de la vérité médicale, ce sont les mauvaises conditions économiques où se trouve le médecin. Il semble que sur ce point nous ayons beaucoup à faire; souvent le médecin se trouve dans de mauvaises conditions d'observations, de son propre fait; la clientèle est trop nombreuse; et s'il en est ainsi, c'est que le praticien, mal rémunéré, est obligé de voir de nombreux malades et qu'il ne peut consacrer à chacun d'eux le temps, l'étude suffisante, ni appliquer la méthode qui conviendrait.

De ce fait, une sorte de crise d'adaptation s'est produite; le médecin est *loin de tirer de sa* technique tous les éléments qu'il lui serait possible d'en tirer; il cherche le plus court tellement il a hâte d'aboutir et demande d'un seul côté la lumière qu'il ne peut obtenir pourtant que s'il concentre sur le même point les lueurs qui filtrent, de toutes parts, de son obscurité. Il est souvent guidé par le malade lui-même dans des voies où il devrait être lui-même le guide. Bref, dans l'état inorganique de la médecine actuelle, l'impulsion vient souvent du dehors, du hasard, d'une éducation mal faite chez le malade par des publications médiocres ou intéressées. La réclame et la mode, la mode née de la réclame, voilà ce qui, très souvent, influe davantage certaine technique que les connaissances mêmes de la technique. Ne nous plaignons pas trop d'ailleurs de ces impulsions du dehors; la curiosité qu'elles éveillent n'est pas mauvaise, mais encore, faudrait-il soustraire à de pareilles actions les bonnes méthodes contrôlées.

Il semble bien que dans l'avenir d'après guerre, la médecine ancienne sera profondément modifiée dans sa manière d'être; le praticien cessera d'être l'homme à tout faire; la médecine devenant plus sociale, rendra plus accessible à tous, les procédés techniques qui n'étaient autrefois, accessibles qu'à quelques-uns. La précision remplacera l'à peu près; il n'y aura plus une médecine pour riches et une médecine pour pauvres; mais une médecine usant de procédés identiques et mettant à secourir tous les malades les mêmes

soins, les mêmes méthodes. De cela, il nous faudra tenir compte et nous mettre en mesure d'appliquer notre « pratique » selon les principes nouveaux. C'est d'ailleurs exactement ainsi que doit être la mentalité du technicien dont le premier désir est de se trouver dans de meilleures conditions pour appliquer sa technique : faire le bien.

Jusqu'à maintenant, les médecins n'ont profité de certains progrès que pour essayer la lutte au point de vue social. L'automobile a souvent été pour le médecin de campagne, l'occasion d'étendre son rayon de clientèle, de faire plus de visites, de voir plus de malades, et, cela faisant, d'augmenter la concurrence et de multiplier les difficultés de la vie ; conséquence : diminution des prix par suite d'une offre plus grande ; concurrence à la baisse et, comme corollaire, stagnation dans les méthodes. Le médecin n'a pas amélioré sa condition et le malade n'a pas profité d'un examen plus long, d'une méthode d'observation plus minutieuse ; son éducation n'a pas été faite ou elle l'a été mal : car ce que nous ne faisons pas faute de temps est fait par d'autres, et l'entourage prend des initiatives dans la mesure où nous ne dirigeons pas ; et c'est bientôt le malade, plus ou moins impressionné par les siens, qui réclame des examens, l'emploi de méthodes que nous aurions dû, les premiers, préconiser ; nous sommes poussés au lieu de donner l'impulsion. Mais l'auto devrait nous avoir libérés ; elle devrait rendre au médecin la moitié de sa journée et ce temps-là pourrait être employé à des études, à des analyses, à des recherches. Le malade serait mieux étudié par le médecin plus intéressé lui-même.

Je ne prétends pas que chaque médecin pourra faire du labaratoire, des analyses et des recherches ; mais je crois qu'un microscope est un instrument que nous devrions posséder comme nous possédons un thermomètre et que nous n'avons pas besoin d'un laboratoire départemental pour une analyse de crachats.

Il est pourtant certain que souvent le médecin ne pourra pas se livrer à ces études, que celles-ci demanderont sinon une technique difficile, du moins des installations coûteuses, trop de temps ; c'est à celà que serviront les laboratoires organisés et les dispensaires ; mais ce sont les médecins qui provoqueront les analyses, feront les prises de matières à analyser.

La médecine d'après guerre sera plus sociale et aura, de fait, une très grosse répercussion sur la technique médicale. Les praticiens doivent songer à créer une organisation technique dans laquelle la besogne et les rôles seront partagés. Ceci est surtout vrai pour étudier et combattre la tuberculose et c'est pourquoi nous acceptons le principe du dispensaire, indispensable au point de vue centre bactériologique, radioscopique, enquête.

Mais à propos de la lutte antituberculeuse sociale par essence, nous devons fixer l'orientation générale et nous préparer, reprendre notre organisation de vie technique, critiquer notre façon d'être et jusqu'à notre installation.

La guerre a provoqué des classements nombreux, des « spécialisations » ; sous la forme où l'on entend en général, ce terme nous déplaît et est impropre ; mais nous devons discerner les aptitudes et nous efforcer de juger les hommes pour les mettre en place. Nous ne pouvons laisser au hasard le soin de désigner les hommes. Il faut bien qu'une préparation, qu'un choix sérieux et méthodique préside à la distribution des rôles ; on ne peut accepter que tel ou tel poste soit tenu sans aptitude sérieuse. C'est à nous de procéder à ces préparations, de prendre en main l'organisation de ces stages pratiques qui nous permettront de désigner, à bon escient, l'homme qu'il convient à la tête d'un dispensaire ou d'un sanatorium. A l'heure actuelle, nous sommes en présence d'une situation neuve ; à part quelques hommes, rares, qui dirigent de rares sanatorias et quelques praticiens favorisés, plus rares encore, les médecins ne connaissent la tuberculose que par certains de ses épisodes cliniques ; le drame se déroule en dehors d'eux, ils apparaissent à certains moments, ils ne suivent pas le malade. Lui et eux, sont victimes de cet état d'esprit que la maladie « chronique » n'a pas besoin de soins précis. Car la docilité du malade est faite de la conception du médecin, et celui-ci savait trop bien combien ses efforts restaient infructueux dans les conditions sociales que nous avons vécues. Sur ce point, notre expérience s'accroîtra considérablement parce que nous apprendrons à mieux connaître la tuberculose en la soignant. Ce n'est pas soigner des tuberculeux que de les laisser mourir dans des salles d'hôpitaux, et c'est là pourtant, qu'étudiants, nous avons vu la tuberculose, plus ou moins bien, sans être beaucoup aidés, car à la vérité, quand la partie est jouée, le jeu n'intéresse plus personne.

Notre stage doit s'entendre d'une mise au point dans des centres où l'on soigne des tuberculeux, c'est-à-dire dans des sanatorias, ou dans certains dispensaires sérieux et pas trop encombrés. Nous restons, sur ce point, dans la conception des praticiens concernant l'enseignement : le centre d'enseignement où sont des malades : apprendre en soignant.

Cette préparation, cette mise au point ne demandera pas longtemps à des hommes qui déjà savent et désirent se perfectionner. Nos Syndicats peuvent s'y engager facilement ; déjà certains l'avaient fait, avant la guerre, pour lutter contre l'isolement du médecin, au point de vue scientifique. Après la guerre il est certain que l'égoïsme individuel s'effacera, en partie,

Petite Correspondance *(suite)*

—

vous signale cela, car actuellement les compagnies exploitent et abusent de notre situation de médecins mobilisés.

2° Je vous serai reconnaissant de me renseigner comment l'on doit compter en général : certificat d'origine, pansement, une visite antiseptique complète.

Réponse. — Il s'agit d'un accident survenu à un cultivateur non garanti par la loi du 9 avril 1898. Il est donc bien exact que, même si ce cultivateur était au service d'un patron (ce que les pièces communiquées n'indiquent pas), la Compagnie d'assurances n'est engagée qu'à concurrence de la somme stipulée dans sa police. Et encore cet engagement n'a-t-il pas été pris envers vous, mais envers le signataire de la police.

Si vous n'acceptez pas (et c'est notre avis) la réduction qui vous est proposée, vous devrez donc poursuivre votre client devant le juge de paix de son domicile. Il faudrait savoir, avant d'engager des poursuites, s'il est solvable.

2° Nous pensons que c'est la manière d'appliquer le tarif Dubief en cas d'accident du travail survenu à un ouvrier garanti par les lois spéciales, et qui vous a choisi, que vous désirez connaître.

Le certificat d'origine de blessure est tarifé deux francs.

Cependant, s'il est descriptif et s'il s'agit de blessures multiples, ou bien de contusions ou brûlures, portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête, l'indemnité est de 5 francs.

Le tarif des honoraires pour soins donnés aux blessés du travail varie d'après l'importance de la localité où le médecin a sa résidence.

A N. ville de plus de 5000 habitants, le prix de la consultation est de 2 fr. et celui de la visite de 1 fr. 50. Il y a lieu de compter :

Visite.................. 2 fr.
Pansement antiseptique complet........ 4 fr.
Ou, si les soins ont été donnés en consultation.
Consultation..... 1 fr. 50
Pansement antiseptique complet............ 3 fr.

vant l'intérêt social ; et c'est la vision du but atteindre qui façonnera notre esprit, orientera otre mentalité. Le Syndicat, déjà né, déjà dirigé ans cet esprit, apparaitra comme l'organisme sentiel de réalisation ; le but apparaîtra avec etteté au milieu du désarroi et des conditions onomiques que nous avons déjà exposées.

***

Nous avons déjà, nous aurons davantage emain, la possibilité d'agir techniquement ontre la tuberculose ; il nous sera facile d'organiser un contrôle technique et de vérifier si hacun tient sa place et fait son devoir. Le édecin sera effectivement l'éducateur de la mille, l'hygiéniste que l'on consultera ; et cela ut avoir sur nos mœurs de très grandes répercussions, car nous n'apparaîtrons plus comme désinfecteurs » administratifs ; la lutte antituberculeuse, placée sur le terrain technique, ne ra pas policière. C'est un écueil que nous éviterons et sur lequel ont échoué et échoueraient core toutes tentatives officielles.

Nous éviterons la « léproserie » car la « léprorie » est la conséquence forcée de la conception ministrative. C'est là que la Bureaucratie en riverait, persuadée que l'échec de ses précéents essais serait dû à un manque de poigne, et ns même se douter qu'il y a des différences tre notre époque et l'an mille. N'est-ce pas la éorie du moindre effort ?

L'élément technique, émanation du Syndicat, surera donc le rôle essentiel. Il en a la possibilité et la conception de la lutte antituberculeuse ra très diftérente dans l'éxécution du plan mis et qui repose sur cette idée de maladie ciale, c'est-à-dire de médecine sociale.

Le tuberculeux sera considéré comme un alade et la persuasion, l'éducation seront des mes à notre portée et dont le maniement sera cile pour nous.

Quel que soit l'élément en cause, sanatorium, pital ou dispensaire, c'est le technicien qui ra direction et responsabilité.

C'est à lui qu'il appartiendra de créer un milieu la routine ne pourra pas s'implanter, bien e la routine ne croisse pas seulement en France ans les bureaux des fonctionnaires.

C'est au médecin qu'il appartiendra de déterminer les conditions de fonctionnement de l'organisme dressé contre la tuberculose.

Cela suppose, évidemment, la collaboration s Syndicats et de l'Etat, des techniciens et des ministrateurs. Cela nécessitera des contrats, e organisation nouvelle ; nous le savons parfaitement et nous ne pouvons pas ignorer les répercussions que ce système nouveau peut avoir, en dehors même de la lutte antituberculeuse.

Dans le même ordre d'idées, les Syndicats Médicaux ne peuvent se désintéresser de la formation technique de leurs aides ; ce ne sont pas des administrations qui doivent préparer infirmiers et infirmières.

Ces écoles doivent être placées sous le contrôle technique des Syndicats ; et nous aurons ainsi évité cette tendance bureaucratique qui, trop souvent, tend à dresser nos aides contre nous : à un milieu de défiance, nous opposerons un milieu de collaboration sous l'autorité technique du médecin.

***

Ainsi, les médecins réaliseront la lutte antituberculeuse selon le plan prévu, mais en élargissant leur champ d'action. Cette réalisation coûtera des sommes considérables, c'est entendu, mais elle donnera des résultats. Le dépistage aura des conséquences autres que de jeter hors la société, des éléments voués, ensuite, à la mort par indigence. Quand au bon de secours et à l'allocation de bifteck, à l'assistance au comptegouttes, tout cela devra faire place à l'action technique, à l'assistance réelle, efficace qui donnera aux malades, des soins, à l'entourage et à la société, des garanties ; qui, enfin, s'attaquera au taudis sans avoir peur de le détruire et n'hésitera devant aucun moyen pour attaquer les causes d'un mal qui a des racines si profondes.

V

Il est donc certain que la lutte antituberculeuse ne peut être efficace que si elle est conduite par la collectivité médicale avec la collaboration de l'Etat ; et c'est se faire illusion que d'imaginer qu'elle puisse aboutir autrement. Les médecins ne peuvent être remplacés par personne ; sans eux le dépistage serait un leurre ; et encore faudra-t-il avec eux l'effort méthodiquement réglé, la collaboration étroite de chacun pour faire reculer la tuberculose. Mais cette organisation, nous ne pouvons, à l'heure actuelle, que l'étudier, la préparer puisque nous ne disposons pas des éléments nécessaires, c'est-à-dire des médecins, pour la plupart mobilisés.

La guerre, qui a montré le danger tuberculeux plus grand, plus proche, plus menaçant, a accentué l'effort dans le sens administratif. Ce sont les rouages bureaucratiques qui ont été chargés d'un service plus intensif ; ce sont eux qui fonctionnent aujourd'hui et nous sommes en présence d'une situation de fait qui pourrait devenir menaçante, non pour le bacille de Koch (nous l'avons vu) mais pour le public et pour nous. On a une tendance, d'ailleurs très naturelle, à se hâter quand le danger presse : on s'est donc précipité, pour atteindre le but, vers le premier sentier : et l'on a cru aller plus vite en élargissant la trace pour en faire une avenue.

C'est ainsi, qu'aujourd'hui, on s'engage dans la voie administrative, que l'on y dépense des millions; le chemin parcouru n'est pas plus grand et le but n'est pas plus proche parce que plus de monde s'y est engagé. Mais pour ceux dont l'horizon technique n'est pas très large, pour ceux — et le nombre en est encore bien plus grand — dans l'esprit desquels la tuberculose est du pur domaine littéraire, on semble avoir fait des progrès considérables parce que le pied est plus sûr, sur une voie bien propre et bien dallée.

Aujourd'hui, on parle beaucoup de tuberculose; on a créé des Stations, des Hôpitaux, on a fait des Ecoles d'Infirmières; on peut ainsi, satisfaire, en quelque sorte, toutes les demandes; on a un plan, on a des maisons...

Nous connaissons, dans tout cela, la part du bluff et de l'imagination; mais prenons garde à ce provisoire; on l'a préparé pour être définitif, et déjà, on appelle les curieux pour s'extasier. Il faut connaître et visiter le monument administratif pour admirer « ces qualités d'improvisation éminemment françaises. » Et c'est ainsi qu'une propagande est lancée dans le but de » parfaire l'œuvre »; c'est ainsi que l'on fait miroiter des « installations », les « résultats obtenus », dans les Assemblées politiques et que l'on obtient de larges crédits. Je ne serais pas étonné même que, dans l'art de se procurer de l'argent, l'Administration ne se soit, en quelque sorte modernisée.

Je ne trouve pas mauvais ce « tapage » car il éveille l'attention de l'opinion publique; mais encore, conviendrait-il que l'on ne « bourre pas trop les crânes », ce qui pourrait amener de cruelles désillusions,

L'Administration s'est occupée de l'aide que pourrait lui fournir l'Amérique; et l'Administion est insinuante. Elle a donc tenté, elle tente, d'attirer les Américains sur son terrain; et il se pourrait qu'un jour nous assistions, dans la route administrative, à la marche des Américains. Il est possible que ceux-ci se rendent compte du danger; il est possible aussi qu'ils se laissent entraîner vers deux solutions « administratives », surtout si ces solutions se rapprochent par certains points des solutions américaines.

Nous ne connaissons pas assez l'organisation de la lutte antituberculeuse en Amérique, mais ce que nous connaissons des mœurs médicales américaines nous fait craindre, si elles sont transplantées chez nous, de sérieuses, très sérieuses résistances.

Le Français aime son intimité; il a une sorte de pudeur concernant la maladie; et là où le médecin de la famille obtiendra beaucoup, les procédés administratifs, même sonctionnés par des pénalités, n'obtiendront rien? Nous savons combien la partie éducative est importante; en fait de lutte antituberculeuse; c'est une raison de plus pour ne pas heurter de front la population française par une propagande bruyante, éclatante. Il faut la manière, un doigté assez délicat.

L'Administration française a déjà soulevé des résistances considérables par l'exécution des mesures de banale prophylaxie, dans les maladies aiguës contagieuses: même aidée par l'Amérique, il est des procédés qu'elle ne pourra pas employer en France. Un mauvais départ peut considérablement gêner l'action antituberculeuse, Nous avons l'espoir que nos amis Américains se documenteront et ne croiront pas qu'ils puissent simplement appliquer à la France les procédés qui ont été employés en Amérique.

Pour nous qui aimons les Américains, nous croyons que la meilleure aide que l'on puisse apporter à des amis ne consiste pas à les prendre en remorque, mais à éveiller leur génie particulier; à leur apporter des matériaux qui leur permettront d'arriver au but, eux-mêmes, par la voie qu'ils estiment la meilleure et la plus sûre.

En l'espèce, nous ne croyons pas que les Américains puissent rajeunir l'Administration française. Ils perdraient à cette tâche leurs efforts et leur enthousiasme. C'est vers une autre conception qu'ils doivent s'orienter et nous souhaitons qu'ils étudient notre syndicalisme. Nous ne doutons pas qu'il trouvent là des idées neuves en matière d'organisation et en plus, des conceptions françaises. La réorganisation de la France a été aussi étudiée chez nous et, sans doute, à l'aide de faits qui sont pour nous très perceptibles.

Quoi qu'il en soit, il nous faut, dès maintenant compter avec ce qui a été fait. Or, on a d'abord tracé un plan. Nous l'acceptons dans son ensemble. Le *Dispensaire Antituberculeux* peut être une arme utile, excellente si elle est bien maniée. Nous l'acceptons comme centre de triage, comme centre d'enquête, comme centre d'organisation.

C'est au dispensaire que doit se lier la collaboration médicale. Au dispensaire, dans quelques villes, certains tuberculeux peuvent trouver quelques heures de repos, des repas substantiels. Ce n'est pas de ce côté, pourtant, que nous voudrions le voir se développer, car ce repos est précaire dans l'atmosphère des villes.

C'est dans le dispensaire que doit s'élaborer la méthode, c'est de là que les médecins qui l'auront conçue partiront pour l'appliquer. Le médecin du dispensaire sera chargé plus de la coordination des efforts que des soins; il dirigera, donnera des conseils, des avis, maintiendra le contact avec le Praticien auquel le malade lui-même désirera se confier.

Le médecin traitant trouvera au dispensaire, un centre de documentation pratique: examen des crachats, examen radioscopique, poids, conseils techniques. C'est en quelque sorte, sous sa

direction, que l'infirmière-visiteuse agira. C'est pourquoi il y a un intérêt très grand à ce que l'infirmière-visiteuse soit de formation médicale si l'on veut que le dispensaire fonctionnaire avec méthode et avec fruit. Il ne faut pas que l'aide médicale soit un fermant de discorde, qu'elle apporte auprès du malade les idées préconçues, créant le doute et la défiance, qu'elle soit une interprète inexacte et parfois tendancieuse de gestes qui peuvent, sur le terrain théorique, se contredire.

Le médecin chargé de la lourde tâche de coordonner les efforts à qui nous remettrons le bâton de chef d'orchestre doit être en confiance avec tous. C'est donc aux médecins eux-mêmes à le désigner, et c'est là que le Syndicat Médical doit intervenir.

En attendant que nous puissions tous ensemble entreprendre la lutte, nos Groupements doivent obtenir que le Statut du personnel médical et infirmier soit construit sous son contrôle, qu'il soit discuté avec l'Administration, que les rôles soient nettement établis et que les nominations soient faites avec l'assentiment des Syndicats. De ce seul fait, le dispensaire sera orienté et maintenu sur le terrain technique.

Cette organisation est possible aussi bien à la ville qu'à la campagne; elle assure la collaboration de tous les médecins.

Quant aux honoraires médicaux, c'est aux Syndicats de les établir et d'en débattre avec l'Administration, sur la base du tarif à la visite et du libre choix par les médecins traitants; et d'une rémunération fixée selon l'importance du dispensaire, pour le médecin-chef du dispensaire.

De même, seront organisés, après critique, les divers services, d'accord avec le personnel administratif qui recevra ses impulsions des médecins; et, de même, les aides doivent être désignés par lui, ou avec son assentiment. Les médecins devront être en rapport avec leurs confrères des autres sanatorias, avec les dispensaires qui alimentent leur maison, en malades. La Direction, la responsabilité doit leur appartenir et le Statut doit clairement déterminer les rôles de chacun, personnel administratif et personnel infirmier sous la direction du médecin, le Syndicat s'efforçant de créer un milieu de collaboration effective, non de défiance et de sujétion.

Comme dans les dispensaires, le personnel technique-infirmier ne saurait relever d'une autorité autre que médicale, l'infirmière-major ne saurait exercer ses fonctions que sous les ordres du médecin. Le principe de l'unité de direction nous semble devoir être intangible.

TACTIQUE

Les médecins n'obtiendront cependant rien s'ils se contentent d'accepter et si, dès maintenant, ils ne font aucun effort pour faire aboutir les solutions qu'ils proposent.

La guerre demande l'union sacrée, mais c'est précisément au nom de ce principe que les Syndicats doivent collaborer avec l'Etat et lui fournir les conseils et les éléments techniques dont il a besoin.

L'union sacrée ne doit pas consister dans l'acceptation des mesures bureaucratiques qui ont pour résultat d'éloigner le but. Les Syndicats doivent donc reprendre contact et travailler; ils doivent exiger d'abord la place même que leur a fait le législateur et ne plus accepter que des dispensaires publics départementaux puissent être créés sans que le Syndicat nomme son délégué au Conseil d'Administration de l'œuvre. Peu de dispensaires existent, mais parmi ceux-là, peu sont administrés par un Conseil dans lequel les médecins sont représentés.

Nous devons donc participer, dès maintenant, à l'élaboration, à la direction de la lutte antituberculeuse. L'Etat sait d'ailleurs fort bien qu'il ne peut rien réaliser sans nous, que nous sommes forts et que notre volonté qui s'appuie sur une puissance technique peut beaucoup. Mais, sur ce point, il nous faut une tactique d'ensemble et une union syndicale résolue. Il faut surtout se méfier des expériences « hâtives » et craindre de s'avancer seul sur un terrain difficile. C'est d'ailleurs à l'Union des Syndicats Médicaux de documenter les Syndicats eux-mêmes, de coordonner leurs efforts, d'aider leur propagande.

La guerre a certainement réduit nos moyens d'action, elle ne les a pas supprimés.

CONCLUSIONS

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats Médicaux, se conformant aux idées émises par les Syndicats et les Congrès.

Décide de prendre part, comme représentant de la collectivité technique, à l'organisation de la lutte antituberculeuse en France ;

Elle estime que la lutte antituberculeuse doit être menée sur le terrain de la médecine sociale;

Que l'organisation de cette lutte doit être de structure technique, c'est-à-dire qu'elle doit associer à l'Etat, la collectivité médicale représentée par les Syndicats;

Que cette organisation doit être *syndicaliste et non bureaucratique*, qu'elle doit créer un milieu de collaboration, sous la direction médicale et qu'elle ne doit jamais subordonner le Technicien à l'Administration;

L'Assemblée générale rappelle que le Corps Médical a toujours soutenu que la tuberculose, maladie microbienne et sociale, doit être combattue dans toutes ses causes, que la guerre aux microbes est inopérante sans la guerre au taudis,

sans la disparition des conditions qui créent la fatigue et la misère, sans la suppression des mauvaises conditions d'existence, d'hygiène et de travail;

Que pour combattre ces causes, le Dispensaire, le Sanatorium, l'Hôpital sont des moyens d'action qui doivent s'appuyer sur des ressources financières considérables auxquelles l'Etat seul peut subvenir (que l'État seul peut fournir). La lutte contre la tuberculose doit donc associer étroitement les Syndicats Médicaux et l'Etat.

Dans ce but de mettre debout, aussitôt après guerre, une organisation solide, l'Assemblée Générale décide de faire, une active propagande auprès des médecins, d'étudier la création d'organismes, de mise au point et de perfectionnement technique, pour faciliter la distribution des rôles aux plus aptes;

D'étudier les moyens de réaliser, d'accord avec les groupements du personnel de l'Etat, une École d'infirmières et d'infirmières-aides techniques du médecin;

D'examiner les conditious morales, matérielles qui pourraient servir de base à une tractation avec l'Etat.

Dès maintenant, le Conseil de l'union des Syndicats Médicaux.

Décide de faire la plus active propagande pour que les Syndicats prennent part à l'organisation, à la direction des dispensaires antituberculeux, pour que les dispensaires, auxquels tous les médecins doivent collaborer, soient bien effectivement dirigés dans la voie technique.

Le Conseil de l'Union invite les Syndicats à entrer, partout où ils le pourront, en contact avec les pouvoirs publics pour l'organisation des œuvres antituberculeuses;

A nommer, comme le veut la loi, des Délégués, choisis avec soin, aux Conseils d'Adminisiration des Dispensaires.

Le Conseil de l'Union décide d'entrer en contact avec l'État pour élaborer les bases d'une organisation pratique, et de demander la nomination d'une Commission composée, par moitié, de Délégués des Pouvoirs publics et par moitié de Délégués des Syndicats élus par l'Union.

Cette organisation qui alliera le pouvoir technique au pouvoir financier est seule susceptible de faire œuvre utile, car elle associe étroitement les intérêts de tous contre le péril tuberculeux.

R.-L.

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Le secret médical.

Par le Dr Jules Regnault.

La question du secret médical, auquel on a souvent cherché à porter atteinte en invoquant un intérêt social mal compris, est plus que jamais à l'ordre du jour. De tous temps les médecins ont accepté comme une obligation stricte le secret professionnel et l'article 378 du Code pénal n'a fait que consacrer et sanctionner un état de choses bien établi, en précisant :

Code pénal. Art. 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et autres personnes dépositaires par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs.

Il ne s'agit pas seulement pour les médecins et chirurgiens de ne pas révéler les confidences qui ont pu leur être faites, il s'agit aussi de garder secrètes les constatations qu'ils ont pu faire en tant que médecins et chirurgiens. Or il est curieux de constater qu'à chaque instant les fonctionnaires et agents de l'autorité semblant ignorer l'article 378, et incitent médecins et chirurgiens à violer le secret professionnel.

Dans certaines grandes villes, où il n'y a pas de médecins de l'état civil, le certificat de décès doit être établi par le médecin traitant. Or les fonctionnaires de l'état civil refusent d'accepter ce certificat s'il ne mentionne pas la cause du décès; cependant le médecin traitant n'a pas le droit de faire connaître la cause du décès à un tiers, fut-il fonctionnaire de l'état civil, sauf les cas où il s'agit d'une maladie infectieuse prévue par la loi, et même alors on a prévu des formules et des numéros spéciaux pour ces déclarations. En 1914 la question a été portée au Parlement par un député, M. Gilbert-Laurent, mais le ministre de l'Intérieur a évité de répondre aux questions du député :

1° Un médecin traitant dans une petite ville, obligé d'être en même temps médecin vérificateur, est-il tenu de remplir le questionnaire relatif au décès de son client et cela sous peine de voir le maire refuser le permis d'inhumation?

2° Le médecin peut-il se borner à mentionner, que le décès est du à une cause normale?

Le ministre n'a pas donné de solution; d'ailleurs sa réponse n'aurait pas eu de valeur; une décision ministérielle ne saurait modifier une loi.

Il ne saurait y avoir de doute : le médecin traitant est lié d'une façon absolue par le secret professionnel; sur le certificat de décès, visant un de ses malades, il ne peut ni indiquer la nature

de la maladie ni même préciser si le décès est dû à une cause normale ou anormale; le secret professionnel ne peut être violé dans l'intérêt d'une vague statistique et les dispositions de la circulaire du 24 décembre 1906, à laquelle s'en est référé le ministre, ne peuvent viser le médecin traitant : une loi n'est pas infirmée par une circulaire.

Sur mon initiative la question avait déjà été discutée à la *Société médico-chirurgicale du Var*, le 2 novembre 1906, et j'avais alors indiqué une façon de tourner la difficulté :

Dans les villes où la municipalité refuserait de recevoir un certificat de décès n'énonçant pas la cause du décès et dans les cas où la famille ne voudrait pas se créer des difficultés en s'élevant contre cet acte arbitraire et illégal de la municipalité, le médecin traitant peut à la rigueur tourner la difficulté de la façon suivante : il délivre au plus proche parent présent, d'une part, un simple certificat de décès et, d'autre part un certificat de cause de décès portant cette mention : *certificat de cause de décès délivré à la famille*. Celle-ci en fait alors l'usage qui lui convient et ne peut, en aucune façon, attaquer le médecin pour violation du secret professionnel ». Cette façon de faire a été indiquée depuis lors dans le *Répertoire de médecine* en juillet 1914.

Une difficulté analogue peut se présenter au cours des formalités nécessitées pour le transfert d'un corps. Dans un cas où j'avais précisé sur le certificat « *Rien ne s'oppose au transport* » un employé de la Préfecture est venu me demander de compléter le certificat en mentionnant la cause du décès; naturellement j'ai refusé et ai donné à l'excellent fonctionnaire lecture de l'article 378, qu'il ignorait complètement: il s'est incliné.

Voici d'autres cas où des officiers de police ont montré leur ignorance de l'article 378.

Un mobilisé a été placé en observation dans un hôpital militaire et renvoyé momentanément dans ses foyers; des lettres anonymes ont signalé à l'autorité militaire qu'il vaque à ses affaires, qu'il est peu malade ou qu'en tous cas il ne paraît guère se traiter; une enquête est ouverte, l'intéressé déclare qu'il a été traité par le Dr Z. lequel a été pendant quelque temps mobilisé dans l'hôpital où le malade était en traitement; l'autorité militaire fait demander au Dr Z.

1° S'il soigne le malade en question; 2° pour quelle affection? Le confrère refuse de donner le moindre renseignement, disant : « Si j'ai eu à traiter ce malade à l'hôpital militaire, quand j'étais mobilisé, c'est au médecin chef de cet hôpital que l'autorité militaire doit s'adresser; si j'ai eu à le traiter depuis que lui et moi sommes rendus à la vie civile, je ne puis vous répondre étant lié par le secret professionnel ».

Dans un autre cas le commissaire de police convoque le Dr Z. pour *communication confidentielle* : « C'est vous, docteur, dit-il, qui traitez Mme A., ou du moins vous avez été appelé à la traiter avec le Dr B.? »

Sans lui permettre d'aller plus loin, le Dr Z. l'interrompt : « Pardon, monsieur le Commissaire, mais je dois vous dire avant tout que je me retranche derrière l'article 378 et ne puis même vous dire si je traite ou ne traite pas Mme A. »

— « Mais, docteur, c'est dans l'intérêt de la malade elle-même que j'allais vous poser une question. Nous avons reçu des lettres anonymes disant que telle accoucheuse l'avait fait avorter et qu'à la suite de ces manœuvres elle a été gravement malade et qu'elle a dû alors recourir au Dr B. qui vous a fait appeler pour intervention. En pareil cas il m'est arrivé de demander au médecin, à titre confidentiel, si de telles accusations avaient quelque fondement, et il est des confrères qui se sont empressés de me dire : Mais non ! il n'est pas question de cela. Nous pouvons alors négliger les lettres anonymes ».

— Pour moi, le secret médical ne peut être violé, même pour rendre service à une malade, même si la malade m'autorisait à parler. Si on répondait pour justifier une malade, il n'y aurait plus de secret professionnel, car le jour où le médecin refuserait de parler, son silence constituerait une accusation.

— Mais dans ces conditions, docteur, nous sommes complètement désarmés contre les faiseuses d'anges; et l'intérêt social qu'en faites-vous?

— Le respect du secret professionnel est encore le meilleur moyen de sauvegarder l'intérêt social. La femme qui, au risque de sa vie, a recours aux faiseuses d'anges ne sera pas arrêtée dans ses tentatives par la perspective de complications; mais si ces complications surviennent, elle hésiterait à faire appel au médecin en l'absence du secret professionnel. Alors plus de femmes succomberaient à ces complications : il n'y aurait peut-être pas un avortement de moins, mais il y aurait de nombreux décès d'adultes en plus. Vous voyez que l'intérêt social commande de respecter le secret professionnel.

D'ailleurs si la loi relevait le médecin du secret médical, une autre difficulté se présenterait : certaines faiseuses d'anges ont si bien perfectionné leur technique qu'il reste souvent peu de traces de leur intervention; sur quoi se basera le médecin appelé au bout de quelques jours pour affirmer que l'avortement a été provoqué? Dans le doute, il serait obligé de se taire.

Croyez-moi, monsieur le Commissaire, le secret professionnel est nécessaire. Dans tous les cas, je vous le répète, je me retrancherai derrière l'article 378. »

Le commissaire parut fort ennuyé de ne pouvoir compter sur le médecin traitant comme

collaborateur mais il dut naturellement se contenter de la réponse du Dr Z.

Avouons enfin que si les braves fonctionnaires nous incitent à violer le secret professionnel, la faute en retombe en partie sur certains confrères qui les laissent faire ou vont même au-devant de leurs désirs. Sur les certificats constatant que l'état de M. ou Mme X. les condamne à utiliser des aliments sucrés, quelques confrères ne prennent-ils pas soin de préciser le diagnostic de la maladie, ce qu'on ne leur demandait même pas!

PAGES LIBRES

Au sujet du dépeuplement.

Notre confrère Diverneresse a remarqué au cours de ses lectures un article paru dans "*L'Information sociale et ouvrière*" et dans "*La Clairière*". Il a pensé qu'il était nécessaire de faire passer sous les yeux des médecins les justes et troublantes vérités suivantes à propos du dépeuplement :

« Comment obliger une ouvrière qui accomplit le triple métier d'usineuse, de ménagère et de mère, à ne pas se garer de la maternité ? Que son salaire intégral lui soit maintenu et une gratification ajoutée. On exige de la femme de travailler à l'usine, de tenir la maison, d'enfanter, de supporter le manque à gagner causé par l'enfantement. La stérilité et l'avortement la sauve de l'iniquité. Une ouvrière enceinte ne bénificiera que de la loi de *secours* et d'*assistance*, tandis que celle assez adroite pour se maintenir le ventre lisse continuera de toucher son plein salaire pendant que l'autre, appauvrie, criera dans les douleurs. Le manque à gagner entraîné par la maternité rend l'ouvrière femme stérile et d'autant plus que son salaire est plus haut. Si elle doit perdre 10 francs par jour pendant deux mois pour mettre sainement un enfant au monde, elle souhaitera la suppression de l'enfant. Mais que son salaire lui soit maintenu et celui du père ou le sien augmenté à chaque enfant vivant, et la maternité ne lui sera plus une duperie. La fille qui sait ne point enfanter pour garder sa paye n'aura plus le bénéfice du bien être. La maternité cessera d'être pour l'ouvrière une dégradation matérielle par l'appauvrissement. Mais il faut que soit changée cette inepte loi du 17 juin 1913 :

« Art. 3. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique, a droit pendant la période de repos qui suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière, sans que celle-ci puisse se cumuler avec aucun secours public de maternité. »

L'ouvrière répond à cette insulte par l'avortement. Elle a raison. Que la loi d'un pays qui s'appauvrit faute de naissances soit si sèche, si incompréhensive des raisons de la non maternité, cela justifie le dépeuplement. Les lois sur la propriété sont plus solidement faites. On veut que la femme soit reproductrice mais pour le salut national et fournir d'hommes l'armée et les usines. Et on lui offre pour récompense huit semaines d'assistance publique. On lui demande qu'elle donne à la collectivité, par son ventre, un grand profit. Mais quel profit est pour elle? Elle augmente sa souffrance, ses risques de maladie et de mort et ses charges pécuniaires. Elle se voue par le grand nombre d'enfants à la misère, pour assurer la fortune nationale. Si la famille nombreuse veut prendre un dimanche le tramway, elle devra payer autant de places entières qu'elle a d'enfants au-dessus de sept ans, taxés par tarif homologué au même taux que le prudent célibataire ou la jeune avortée. C'est pourquoi la famille nombreuse va à pied, un enfant dans les bras de la mère, un sur les épaules du père et les autres trainant leur fatigue en souliers à gros clous.

Le meilleur profit de l'organisation sociale est pour qui n'a pas d'enfants. Cependant la société établit sa fortune et sa sécurité sur qui lui en donne. Refusant d'être mère, l'ouvrière se range logiquement aux mœurs d'un pays qui avantage la précautionnée et le célibataire.

Quel droit a actuellement la société française de demander, pour le salut collectif, l'augmentation de la natalité ? Où sont les lois non de maigre assistance, mais de récompense aux familles nombreuses ? La maternité est un malheur pour le ménage pauvre. Le grand nombre d'enfants assure sa misère et devrait assurer son aisance.

Tout le propagandisme en faveur de la maternité est nul si après parler, personne ne paie. Les propagandistes ne peuvent pas faire que les ouvrières aient intérêt à la maternité. Ils n'ont point de preuves que cela n'est pour elles qu'une duperie. Contre leur propagande nataliste, celle abortive est victorieuse, parce que logique et d'accord avec toutes nos mœurs infanticides, avec l'inertie de l'Etat, avec l'impuissance pratique des conseillers moralistes. La propagande contre la natalité est la seule satisfaisant la justice. Il faut pour le repeuplement de la France une révolution juridique. Le droit social de la mère n'est pas encore fondé. Pierre HAMP.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Imprimerie THIRON et FRANJOU
transférée provisoirement
à Paris, 117, Avenue de Choisy (13e arr')
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE N° 19 (Exemplaire rectifié). 1er OCTOBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France........................ 12 fr.
Etranger...................... 15 »
Etudiants (*France*).......... 7 »
Le numéro..................... 25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr DEBACQ, de Verberie (Oise), la somme de huit francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de Police* pour Paris, et pour la province par le *commissaire spécial du chef-lieu du département*.

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

DEMANDES ET OFFRES

N° 84. — Excellent poste médecin propharmacien à prendre dans l'Oise, jolie maison d'habitation.

N° 85. — A céder de suite, pour cause de santé très bonne clientèle à une demi-heure de Paris. Rapport annuel 18.000 fr. touchés moyenne établie sur les 10 dernières années. Très facile à augmenter par confrère bien portant ».

N° 86. — Pour cause de départ très bonne clientèle à vendre près Rouen. Rapport annuel : 25.000 touchés. Fixes intéressants.

N° 87. — Bonne clientèle à prendre dans le Calvados.

N° 88. — Docteur désire acheter instruments dentaires d'occasion, spécialement daviers bec de faucon et autres, pour extraction de grosses molaires du bas.

Quarantième année N° 19 1er Octobre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
La lutte antituberculeuse. L'intervention américaine. Collaborons.... 843
Un généreux don des médecins de Cuba à notre Caisse d'Assistance médicale de guerre.... 847

Partie Scientifique

Clinique médicale.
Séméiologie physique et séméiologie chimique du foie, par le professeur A. CHAUFFARD.... 846

Revue des Sociétés Savantes.
Migration des corps étrangers dans le courant circulatoire. — Médecins victimes d'hypochondriaques. — Le cancer et la guerre. — La reprise du travail chez les mutilés. — Spirochétose pulmonaire hémorragique. — Contre-indication de la radiothérapie dans le cancer de la peau. — Incontinence pylorique. — Action soporifique et sédative du Dial chez les blessés de guerre.... 855

Actualités médicales.
L'encéphalite léthargique.... 859

Bibliographie.
Le contenu stomacal à jeun à l'état pathologique et les catarrhes gastriques. — L'électricité médicale en clientèle. (L'indispensable en électrothérapie).... 860

Notes de pratique quotidienne.
Thérapeutique de l'empoisonnement par les champignons.... 861

Correspondance

A propos de la propagation de la tuberculose. — Rayé des cadres, l'officier cesse d'appartenir à l'armée. — Les soins médicaux donnés aux militaires sont gratuits. — Affectations et soldes. — Pourquoi ne pas démobiliser les vieux R. A. T. nécessaires au service médical des populations civiles ? — Mise hors cadre et radiation des cadres. — La franchise postale.... 862

Le Livre d'Or du Corps Médical Français.
Les fils de médecins tombés au Champ d'honneur.. 868

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : La lettre qui tue... — Chacun à sa place. — Les affectations aux armées des médecins de complément. — Au sujet de la démobilisation de la R. A. T. médicale. — Le 2e échelon de solde des aides-majors de 1re classe. — Réserve et territoriale ! L'une ou l'autre.... 869

Documents officiels.
Le rapprochement de leur domicile des hommes employés sur le territoire. — Les allocations des officiers permissionnaires du front. — Majoration des indemnités dues aux médecins civils requis par l'autorité militaire. — La récupération des effectifs. — La classe de départ des veufs avec enfants. — Question et réponse militaire.... 874

Partie Professionnelle

Médecine sociale.
La lutte contre les tuberculeux, par le Dr René MAUPETIT.... 878

Médecine professionnelle.
Le tarif Dubief.... 883

La Vie syndicale en province.
L'A. M. G. en Saône-et-Loire. — L'A. M. G. en Savoie.... 884

Pratique professionnelle.
Médecins civils requis et largesses administratives. 885

Législation.
Loi du 14 août 1908 rendant obligatoire la vérification et le contrôle des thermomètres médicaux.. 885

Variétés.
La question du baptême des enfants nouveaux-nés. 868

PROPOS DU JOUR

La lutte antituberculeuse. L'intervention américaine. Collaborons.

La presse nous avait annoncé que l'Amérique dans son désir de nous aider avec une générosité sans limites, avait décidé de débarrasser notre pays de la tuberculose. Habitués aux longues gestations de nos administrations et de nos sociétés, aux discussions et aux palabres indéfinies des commissions où, nouveaux Titans, les rapporteurs et les secrétaires entassent leurs travaux comme Ossa sur Pélion pour accoucher d'un projet mort-né, peu de gens avaient pris au sérieux la croisade antituberculeuse américaine. Mais là encore l'Amérique nous a surpris par son activité foudroyante.

Nous apprîmes un jour qu'un dispensaire américain fonctionnait à Paris, qu'un autre était fondé à Dreux, doté de 100.000 francs comme première mise de fonds, que les missions américaines parcouraient la Bretagne, faisant partout de la propagande antituberculeuse, usant de moyens auxquels nous ne sommes pas accoutumés et qui doivent scandaliser nos administrateurs si soucieux de la fôôrme et de la con-si dé-ra-ti-on.

Enfin, le président d'un Syndicat médical du Centre, le Dr Mouchez, de l'Allier, nous écrivait hier que dans sa région, l'intervention américaine était imminente et il nous demandait quelle devait être, à notre avis, la conduite des médecins praticiens à l'égard de cette intervention.

Si, s'imprégnant des idées que nous avons toujours défendues au *Concours médical*, les syndicats médicaux s'étaient organisés pour faire œuvre d'hygiène sociale, la question ne se poserait pas.

L'aide américaine aurait immédiatement trouvé l'organisme nécessaire qu'il lui eût suffi de pourvoir, de subventionner et de renforcer.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Habitué à laisser à l'Etat le souci de tout organiser, le Corps médical s'est à peu près abstenu et a attendu l'action de l'Administration-Providence, action qui, jusqu'alors, n'a déclenché que des projets et des discours.

De sorte que nos confrères, qui sentent bien que leur rôle est d'être les guides, les prota-

gonistes, les agents d'exécution de la lutte antituberculeuse, se trouvent dans la situation humiliante de voir des étrangers venir remplir le devoir social qui était le leur et dont nos mœurs administratives les ont systématiquement détournés.

Que faire ?

Rester étrangers à la croisade antituberculeuse ? L'accueillir avec dépit et hostilité ? Mais ce n'est pas même à envisager. Ce serait plus qu'une faute, ce serait une sottise. L'opinion publique, avec raison, porterait sur les médecins un jugement sévère qu'ils auraient peine à effacer, et la défaillance du Corps médical serait une faillite morale que nous ne saurions envisager. Malgré l'habitude que nous avons de nous dénigrer, nous savons bien que le praticien français, avec ses défauts d'inertie et de routine, est reconnu parmi tous les médecins des nations civilisées, comme le plus consciencieux, le plus pénétré de ses devoirs, le plus apte à remplir la mission qui lui est confiée. Il ne voudrait pas perdre cette réputation méritée.

Que faire alors ?

Devenir l'humble serviteur des œuvres américaines, se faire leur domestique empressé, leur homme à tout faire, aller par des basses flatteries quémander une place de valet dans la croisade ?

Il y a eu, avouons-le, parmi nous des âmes pusillanimes et basses qui, pour conquérir un bout de ruban, un appui, une satisfaction de vanité malsaine, ont été capables d'aller s'offrir comme des employés à gages. Il y en a eu dans les Sociétés de la Croix Rouge, dans les mutualités, dans les administrations publiques et privées. Mais ces valets médicaux sont si rares dans le Corps médical français, leur platitude s'accorderait si mal avec l'esprit large, entreprenant et idéaliste des démocrates américains que nous n'avons pas à craindre cette solution.

Alors que faire ?

Mais collaborer librement, dignement et efficacement. C'est d'ailleurs l'avis de notre distingué correspondant le docteur Mouchez.

Il faut que chaque président de syndicat médical, que chaque médecin praticien, après s'être concerté avec ses voisins, entre aussitôt en pourparler avec les œuvres américaines et leur tienne à peu près ce langage :

« Vous savez à quel point nous apprécions l'effort américain et toute la reconnaissance que nous vouons aux Etats-Unis d'Amérique ; au moment le plus critique, ils sont venus rétablir la situation compromise des alliés, et cela nous ne saurions jamais l'oublier.

Nous savons que votre aide est sans bas calcul, que vous venez chez nous faire le bien pour le bien, que vous avez l'habitude de donner sans retenir. Votre chef militaire, le noble général Pershing a, au lendemain de nos échecs, mis sans réserves ses hommes, son matériel, son concours à la disposition de notre généralissime. C'est là votre manière et nous savons qu'au besoin, vous suivrez son exemple.

Nous venons donc à vous la main tendue, non en suppliants, ce serait indigne de vous et de nous, mais en camarades, désireux de combattre côte à côte et de vous offrir et demander un mutuel appui.

Nous savons que lorsque vous voulez réaliser quelque chose, même en hygiène et en prophylaxie, vous savez aboutir, que les obstacles et les difficultés ne sont pas faits pour vous arrêter. Nous savons que vous avez débarrassé la Havane de la fièvre jaune qui y régnait dans une endémicité séculaire.

Nous espérons que, grâce à vous aussi, la France sera délivrée du péril tuberculeux ; mais pour arriver à ce but, il convient d'agir avec prudence et efficacité.

La lutte contre la tuberculose en France ne peut s'entreprendre comme celle contre la fièvre jaune à Cuba. Vous occupiez ce pays militairement et vous veniez de le libérer. Les fléaux à évolution rapide comme le choléra, la peste, la fièvre jaune, peuvent exiger des mesures draconiennes parce que ces dernières doivent être passagères et donner immédiatement des résultats.

Avec la tuberculose, il n'en est plus ainsi. Il faut pénétrer dans les foyers, dans les familles, chez des gens *a priori* méfiants, du fait de leur timidité et de leur ignorance en matière d'hygiène.

Seul, le médecin praticien qui est admis chaque jour dans les familles, qui est le confident, l'ami de la maison, peut rompre les préventions, faire accepter les mesures prophylactiques, les secours hygiéniques. Vous avez débuté en voulant frapper l'esprit de nos paysans bretons, par une tentative d'enseignement public avec vos méthodes qui ont eu d'autant plus effet que dans notre pays, elles sont une surprise, un peu comme la propagande de l'Armée du Salut. Peut-être avez-vous réussi ? Mais c'est insuffisant, vous le savez mieux que nous.

Si vous voulez faire mieux, collaborez avec nous ; examinons ensemble comment nous pourrons utiliser au mieux les énormes ressources que vous nous apportez pour abattre le fléau.

Si vous le voulez bien, nous serons, en style militaire, les agents de liaison entre la population et vous. »



au THIOCOL



administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient



Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

OVULES "ROCHE" au THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS

THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.



Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

***

Nous ne doutons pas que les œuvres américaines ne comprennent ce langage.

En venant chez nous, ces œuvres ne viennent pas faire de propagande politique ou religieuse comme les 9/10 des œuvres françaises; ceux qui sont à leur tête ne désirent pas un mandat politique ou un ruban de couleur variée.

Ils viennent ici pour nous secourir, pour faire le bien, et ils doivent s'entendre facilement avec ceux qui parlent un langage de sincérité et de franchise et dont la première préoccupation est le bien public et la défense de la France contre les ennemis de toute sorte qui menacent son avenir.

Praticiens français, faites le premier pas. Allez au devant des œuvres américaines. Parlez-leur le langage de la franchise, de la raison, de la justice, en conservant la dignité qu'il convient aux libres citoyens d'une véritable démocratie; l'entente cordiale s'établira d'elle-même et votre collaboration féconde fera en quelques mois ce que nos administrateurs, nos congrès officiels et nos politiciens n'ont pu seulement ébaucher en trente ans de discussions stériles.

J. Noir.

Un généreux don des médecins de Cuba à notre Caisse d'Assistance médicale de Guerre.

Le Dr Bellencontre, vice-président de l'Association Générale des Médecins de France, vient de nous adresser les lettres suivantes que nous sommes heureux d'insérer :

Monsieur le Rédacteur en chef
et honoré confrère,

Vous avez bien voulu relater le don généreux des médecins de l'Uruguay à la Caisse d'Assistance médicale de Guerre, celui du Professeur Pouey, de Montevideo, abandonnant à cette Œuvre, la totalité de son traitement de Professeur; vous avez noté les gestes analogues des médecins des Etats-Unis, du Canada, de Suisse et d'autres pays amis.

Permettez-moi de vous communiquer aujourd'hui cette lettre de M. le Professeur José A. Presno de la Havane en vous priant de la publier.

J'ai envoyé à M. le Pr Presno et à ses collègues de chaleureux remerciements au nom de l'Association Générale, mais ma voix est bien faible pour porter par delà les mers et je viens vous demander de bien vouloir vous faire, dans votre journal estimé et répandu, l'interprète de la gratitude et de l'émotion avec lesquelles les médecins français reçoivent ces marques de sympathie effective si noblement exprimée.

A mes remerciements, je joins, Monsieur le Rédacteur en chef et honoré Confrère, l'expression de mes sentiments tout dévoués.

Le Vice-président,
Bellencontre.

La Havane, le 9 juillet 1918,

A Monsieur le Président de
l'Association Générale des Médecins de France,

Très honoré confrère,

Sur l'initiative de la « Societad de Estudios Clinicos de la Habana », que j'ai l'honneur de présider, les Corporations Médicales et la Presse professionnelle de Cuba, envoient à l'Association Générale des Médecins de France, pour la Caisse d'Assistance Médicale *de Guerre*, la somme de 6.867 francs, pour contribuer à soulager les malheurs survenus par la guerre à nos confrères français.

Les médecins cubains qui, depuis le commencement de la guerre, ont démontré leur sympathie à la noble France, constituant à la Havane en 1914 un Comité de Médecins, d'anciens élèves de la Faculté de Paris, et qui ont adressé des nombreux dons à la Croix-Rouge Française, par l'intermédiaire de M. le Ministre de France à Cuba, sont heureux de réaffirmer par cet acte de solidarité professionnelle, leur admiration à la grande Nation latine et leur gratitude à la Science médicale française, le plus fidèle guide et la meilleure inspiratrice de notre culture médicale,

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Signé : José A. Presno.

Professeur à la Faculté de Médecine.
Président de la « Societad de Estudios Clinicos »,
Vice-président de la « Academia de Ciencias de la Habana ».

Le *Concours médical*, ne peut sans émotion enregistrer les actes de générosité si nombreux des médecins du monde entier en faveur de notre *Caisse d'Assistance Médicale de Guerre.* Quand cette manifestation de confraternité internationale prend un caractère collectif, comme l'an dernier en Uruguay et aujourd'hui à Cuba, notre reconnaissance est encore plus vive, car nos confrères nous donnent une preuve touchante de l'unanimité de leurs sentiments à notre égard.

Nous sommes heureux de constater que ce sont les confrères de deux petites Républiques de l'Amérique latine, de deux pays où

le sentiment de l'indépendance et où l'amour de la Liberté se sont le plus activement manifestés, qui ont tenu à prouver qu'un lien moral étroit les attachaient à la France.

Confrères Cubains, merci de votre don généreux, merci surtout du geste de fraternelle amitié que vous adressez ainsi aux médecins de la France, la sœur aînée des Républiques Américaines latines. J. NOIR.

Rappelons à nos lecteurs que la *Caisse d'Assistance médicale de Guerre* sera toujours insuffisante pour atténuer après la guerre les ruines accumulées dans la grande famille médicale française et qu'il est du devoir de tout médecin français qui gagne sa vie, d'envoyer régulièrement sa contribution au *Trésorier de la Caisse d'Assistance médicale de Guerre*, 5, rue de Surène.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine.

Séméiologie physique et séméiologie chimique du foie.

Par M. le Professeur A. CHAUFFARD.

Messieurs, (1)

Pour juger de l'état pathologique d'un organe, nous recueillons et interprétons des signes en mettant en œuvre un ensemble de méthodes d'examen qui constituent la *séméiologie* propre à l'organe examiné. C'est là une partie capitale de la clinique qui ne cesse de progresser et chaque nouvelle conquête séméiologique complète et éclaire nos connaissances médicales.

Pendant longtemps nous nous sommes contentés de porter des *diagnostics anatomiques*, essayant de traduire sur le vivant les lésions organiques que pouvait parfois contrôler plus tard l'examen nécroscopique.

C'est une idée toute moderne d'avoir compris que le diagnostic anatomique n'est qu'une partie du problème à résoudre, et que pour lui donner toute sa valeur il faut y joindre la recherche du *diagnostic fonctionnel*. C'est ainsi qu'à la notion des lésions s'est substituée la notion beaucoup plus compréhensive et plus utile au point de vue des indications thérapeutiques de la valeur fonctionnelle de nos organes. Cette nouvelle orientation a beaucoup agrandi le champ de nos connaissances, en particulier pour ce qui regarde la pathologie hépatique.

(1) Conférence clinique faite en présence de la mission médicale uruguayenne.

Une revue rapide de la séméiologie hépatique étudiée dans ses méthodes et dans ses apports cliniques va nous montrer ce que l'on peut attendre des deux séméiologies hépatiques principales, celle qui ne relève que des procédés d'exploration physique de l'organe et celle qui s'adresse à l'étude des fonctions chimiques de la cellule hépatique, c'est-à-dire la séméiologie chimique du foie.

Voici un malade chez qui nous supposons une lésion hépatique. Qu'allons-nous faire pour préciser la nature et le degré d'évolution de cette lésion ?

Tout d'abord, par des méthodes d'ordre directement objectif, traditionnelles en clinique, nous allons examiner quel est l'état physique de l'organe hépatique.

Par la percussion, par la palpation, par l'examen radioscopique du dôme hépatique, nous déterminerons les deux limites qui nous donnent la mesure de l'organe : bord supérieur ou convexité et bord inférieur.

Si le foie est augmenté de volume et déborde le rebord costal, nous apprécierons en le palpant sa consistance, nous verrons si le parenchyme hépatique est de consistance normale ou augmentée, s'il donne l'impression de l'induration scléreuse d'une cirrhose ou, au contraire, de la mollesse flasque et dépressible d'une stéatose hépatique ; nous apprécierons les qualités de surface de l'organe, suivant que cette surface est lisse, ou inégale, ou marronée ; nous chercherons si la palpation superficielle ou bi-manuelle permet de sentir une rénitence profonde ou une fluctuation en rapport avec une collection liquide intra-hépatique ; si l'on peut constater l'existence de signes caractéristiques d'un kyste hydatique tels que le frémissement ou le flot trans-thoracique.

Cet examen direct de l'organe montrera en outre s'il existe une réaction douloureuse locale hépatique ou péri-hépatique ; nous interrogerons le phrénique droit, les douleurs scapulaires, les douleurs irradiées parfois même dans l'hypocondre gauche.

D'autre part, c'est encore à l'examen objectif direct que nous demanderons de nous montrer s'il existe des signes de *barrage intra-hépatique*, soit qu'il porte sur les voies biliaires, et l'ictère en sera la traduction clinique, soit qu'il s'adresse à la veine porte et produise ainsi l'épanchement ascitique. Enfin, nous compléterons notre examen en cherchant l'existence possible de lésions connexes de la plèvre droite ou de la rate.

Tout cet examen objectif de notre malade, qui n'emprunte que des moyens classiques d'exploration physique, nous aura déjà donné des informations très complètes, suffisantes souvent pour porter un diagnostic et pour justifier des conclusions pronostiques et thérapeutiques.

Mais cependant, ce faisant, nous n'aurons vu les choses que *du dehors*, nous serons comme le visiteur qui, placé devant une maison inconnue, en examine la façade, tourne autour de la maison, mais ne pénètre pas dans son intérieur.

Pour aller au delà, pour entrer vraiment dans cet édifice que nous voulons connaître, c'est à d'autres méthodes qu'il faut nous adresser, méthodes récentes pour la plupart, complexes et délicates dans leur technique, relevant des *techniques chimiques* et qui vont s'adresser, non plus au *foie*, mais à la *cellule hépatique*, interrogée dans le mécanisme même de ses fonctions.

Cette séméiologie chimique n'a pu se réaliser et progresser qu'à mesure que physiologistes et chimistes nous ont appris à bien connaître les fonctions normales de la cellule hépatique. Ici, comme toujours, la maladie, suivant l'expression de Claude Bernard, n'est qu'une déviation de la fonction physiologique normale.

De l'ensemble des méthodes que nous allons maintenant passer en revue se dégage une notion générale peut-être un peu vague dans ses applications cliniques, mais très nette dans sa signification d'ensemble : c'est l'*insuffisance hépatique*, expression physiologique de la cellule hépatique malade.

C'est par voie analytique qu'il faut procéder, montrant comment chez le malade peut s'interroger et être modifiée chaque fonction normale de la cellule hépatique.

Uréogénie.

On sait depuis longtemps que le foie est l'organe le plus actif de la formation uréique, et Richet et Chassevant ont fait voir qu'il existe dans le foie un ferment capable de transformer l'acide urique en urée. Chez les oiseaux, qui n'excrètent que de l'acide urique et des urates, ce ferment fait défaut. Cliniquement, Murchison, Brouardel et bien d'autres observateurs ont montré l'importance chez les hépatiques du dosage de l'urée urinaire permettant de distinguer deux groupes de faits suivant que cette urée est *augmentée* ou *diminuée*. L'hyperazoturie correspond aux processus *congestifs et inflammatoires* et caractérise au cours des ictères infectieux bénins la crise polyurique et azoturique dont j'ai donné la description il y a déjà bien des années. Chez un de mes malades, *cette crise* urinaire arrivée à son acmé, avait fait éliminer en 24 heures les chiffres énormes de 5 litres d'urine, 146 grammes d'urée, 6 gr. 32 de phosphates, 2 gr. 64 d'acide urique, tous ces chiffres baissant ensuite peu à peu les jours suivants pour revenir à la normale.

Comment comprendre ces azoturies massives de la crise terminale des ictères ? S'agit-il au moment de cette crise d'un excès de formation uréique ou plutôt d'une *débâcle uréique* succédant à un retard d'élimination, à une rétention d'urée dans le sang ?

Dès 1898, c'est à la seconde de ces deux interprétations que je me suis rallié, considérant que la crise azoturique relevait d'une perméabilité rénale troublée pendant le cours de l'évolution morbide et rétablie au moment de la crise terminale (1). « Il semble dans nombre de cas que la crise azoturique traduise non une formation exagérée d'urée dans le foie, mais une élimination soudaine, massive et plus ou moins prolongée d'urée préalablement formée mais non éliminée ».

Cette conclusion ne pouvait être à cette époque que vraisemblable ; depuis que la recherche de l'*azotémie* est entrée dans le domaine courant de la clinique, elle est devenue amplement prouvée ; il n'est plus dou-

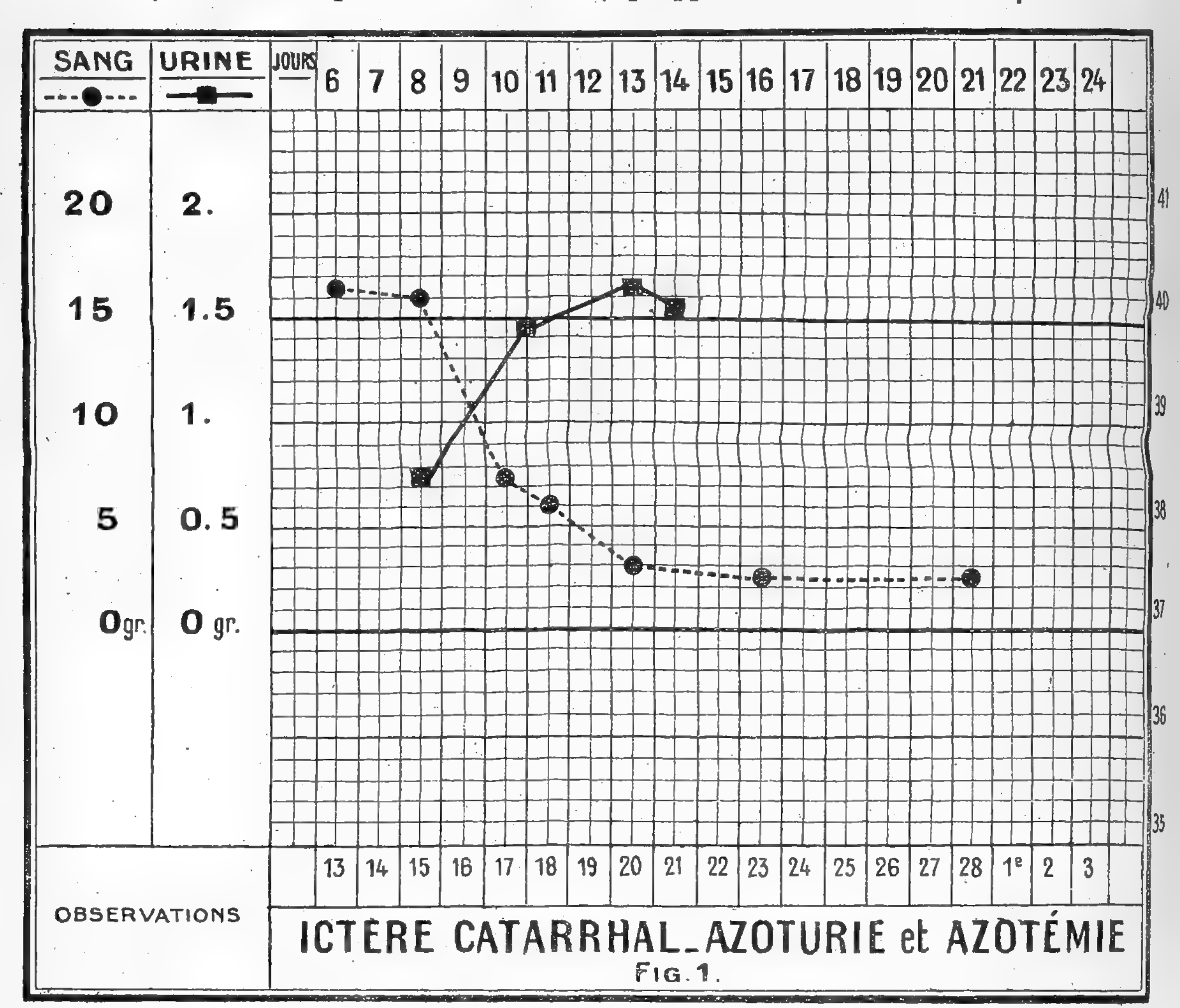
(1) A. Chauffard. — Pathologie générale et séméiologie du foie. *In Traité de pathologie générale*, publié par Ch. Bouchard. Paris 1900. T. V. p. 47.

teux que l'hyperazoturie critique des hépatiques n'est que la compensation et l'extériorisation, pour ainsi dire, d'une rétention uréique passagère et qui disparaît au moment où se rétablit la perméabilité rénale.

Le tableau ci-joint, provenant d'un cas d'ictère *infectieux bénin, met* en évidence l'allure inverse des deux courbes pour l'urée sérique et l'urée urinaire.

Dès lors, la formule du phénomène se modifie et se complète, et nous ne devons plus parler d'azotémie hépatique, mais bien d'azotémie d'*origine rénale* chez les hépatiques. C'est là une très belle démonstration des rapports intimes qui associent en clinique la pathologie du foie avec celle du rein.

Mais, cependant, il existe bien une *azotémie hépatique* qui, elle, ne relève pas de la perméabilité rénale et traduit directement le trouble qu'apporte au métabolisme azoté l'insuffisance



ICTÈRE CATARRHAL_AZOTURIE et AZOTÉMIE
FIG. 1.

hépatique. De cette azotémie hépatique nous devons la connaissance à un de mes chefs de clinique, *Brodin* (1).

En 1913, Brodin a montré que pour bien apprécier les rétentions azotées possibles dans le sérum des hépatiques, il ne fallait pas se contenter de chercher à y préciser le rapport azoturique avec son coefficient variable, les lésions rénales associées à la maladie hépatique pouvant intervenir comme cause d'erreur ; mais si, après avoir dosé l'azote *uréique* du sérum, on dose ce qui reste de substances azotées dans le sérum, ou *azote résiduel*, alors on voit que ce dernier chiffre est modifié et toujours augmenté. Normalement, l'azote résiduel du sujet sain ne doit pas dépasser 10 centigrammes par litre ; mais, le foie est-il atteint dans sa fonction uréogénique, le chiffre de l'azote résiduel augmente et peut atteindre jusqu'à 15 et 20 centigrammes par litre.

On peut même expérimentalement chez le chien dissocier ces deux types de rétention

(1) Paul Brodin. — Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin. Leur importance comme signe d'insuffisance hépatique. Thèse de **Paris 1913.**

ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

Petite correspondance

Dr J. à « Sou Médical ». — Je reçois ces jours-ci une lettre imprimée de la direction des contributions directes ainsi conçue :

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Loi du 31 juillet 1917).

Instruction du 30 mars 1918 et du 7 septembre 1918

« Conformément aux dispositions de la loi du 31 juillet 1917 (art. 36), j'ai l'honneur de vous inviter à me faire parvenir *dans un délai de vingt jours* à partir de la réception du présent avis, une déclaration des bénéfices provenant de............. et réalisés pendant l'année 1917.

A défaut de déclaration dans le délai indiqué, votre imposition sera établie par taxation d'office ».

Le Contrôleur des contributions directes

A mon titre de membre de la Société du Sou Médical, je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître au plus tôt la conduite à tenir.

Suite page XXI.

azotée : la ligature de l'uretère fait monter l'azote uréique seul, la ligature du cholédoque augmente l'azote résiduel sans modifier l'azote uréique.

Cet ensemble de faits dû aux recherches de Brodin constitue une très précieuse acquisition à la séméiologie chimique du foie et n'est passible que d'une seule objection, la technique des dosages de l'azote résiduel étant longue et d'une application délicate.

Une autre méthode, en partie expérimentale, s'est proposée d'interroger le métabolisme azoté des hépatiques par la recherche et le dosage dans les urines des acides aminés ou de l'amino-acidurie étudiés par Delaunay, par Bith, par Marcel Labbé (1).

Les recherches récentes sur les transformations et dissociations des matières albuminoïdes introduites dans l'organisme ont montré l'importance capitale des acides aminés, molécules élémentaires de constitution des corps albuminoïdes. Alors que la cellule hépatique saine arrête les acides provenant du travail digestif et qui lui sont amenés par la veine porte, les décompose en acides gras ou cétoniques et en une molécule basique aminogène qui sera éliminée sous forme d'urée, la cellule hépatique malade devient incapable de remplir cette fonction, elle ne forme plus d'urée (hypoazoturie de l'insuffisance hépatique), et elle laisse passer dans les urines un excès d'acides aminés.

De cette notion est née une méthode d'exploration qui consiste à faire ingérer au malade examiné 20 grammes de peptone pour rechercher et doser les acides aminés dans les urines. Les faits observés par Marcel Labbé, par Bith sont démonstratifs et il y a là une méthode nouvelle intéressante, un peu indirecte et moins objective peut-être que le dosage de l'azote résiduel du sérum.

Pour achever ce qui a trait à l'urée urinaire et sérique des hépatiques, rappelons toute la gravité au cours des ictères évoluant dans le sens des ictères graves de l'*hypoazoturie* poussée parfois à un tel point que l'on peut ne plus trouver dans les urines que les chiffres minimes de 60 centigr. ou même de 20 centigr. par 24 heures, en même temps que monte le chiffre des matières extractives et des peptides. Tous ces faits sont corrélatifs entre eux et ne sont que des aspects différents d'un même phénomène général : *troubles du métabolisme azoté d'origine hépatique, rétention uréique associée d'origine rénale.* (*A suivre*).

(1) H. Bith. — L'amino-acidurie. Thèse de Paris 1913.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Migration des corps étrangers dans le courant circulatoire. — Médecins victimes d'hypochondriaques. — Le cancer et la guerre. — La reprise du travail chez les mutilés. — Spirochétose pulmonaire hémorrhagique. — Contre-indication de la radiothérapie dans le cancer de la peau. — Incontinence pylorique. — Action soporifique et sédative du Dial chez les blessés de guerre.

MM. Achard et Binet font à l'*Académie de médecine* une communication sur la *migration des corps étrangers dans le courant circulatoire.*

La chirurgie de guerre a montré la migration possible — et assez variable — des projectiles dans le courant circulatoire. Ainsi, une balle du cœur gauche peut s'engager dans l'aorte et être finalement retrouvée dans une artère périphérique. Les projectiles du système veineux peuvent cheminer en sens divers et même remonter le courant sanguin, jusqu'au cœur.

Pour étudier cette question, MM. Achard et Binet ont entrepris une série de recherches expérimentales. Il résulte de leurs expériences qu'il y a lieu de distinguer la migration des projectiles dans les artères et dans les veines.

Dans les artères, la pression sanguine est assez forte pour pousser toujours les projectiles vers la périphérie. Dans les veines, au contraire la pesanteur l'emporte fréquemment sur le courant sanguin. Ainsi, les corps étrangers métalliques des vaisseaux veineux obéissent dans leurs déplacements à l'attitude du sujet. Il faut tenir compte, en l'espèce, des forces de résistance, du frottement du corps étranger, de la pesanteur, de l'attitude et de l'action du courant sanguin. En clinique, il est toujours nécessaire, pour ces motifs, de faire un repérage du corps étranger (intra-vasculaire) au moment de l'intervention chirurgicale.

— M. Dupré parle, à l'*Académie de médecine, des médecins victimes d'hypochondriaques persécuteurs.*

Les cas sont aujourd'hui, hélas, nombreux, de médecins ou de chirurgiens tombés sous les balles ou le couteau de malades hypochondriaques, devenus persécuteurs. Il s'agit d'individus soignés pour des affections souvent légères, qui harcèlent le médecin de leurs doléances, puis de leurs revendications. Ce sont des *revendicateurs* qui finissent par rendre le médecin responsable de leurs misères et cherchent alors une vengeance.

Il faut prendre garde à ces sujets atteints de délire des revendications, et, dès le diagnostic posé, les entourer d'une étroite surveillance, jusqu'à l'atténuation du délire et l'apaisement de l'excitation, ce qui demande parfois beaucoup de temps.

— M. E. Forgue présente à l'*Académie de médecine* un travail sur le *cancer et la guerre.*

Les effectifs du temps de guerre comprennent des hommes des vieilles classes et les médecins militaires ont eu à s'occuper des affections cancéreuses. C'est entre 40 et 45 ans que se trouve, pour nos soldats le maximum de fréquence du cancer. Dans la moitié des cas, il s'agit de cancer des voies digestives, de l'estomac particulièrement.

Au point de vue médico-légal, s'est posée la question des relations du cancer avec les circonstances de guerre. Autrefois, il était de règle d'exclure toute relation, de cause à effet, entre le cancer et les faits de guerre. Aujourd'hui, la doctrine est beaucoup plus large. Une interprétation bienveillante a prévalu, qui admet, soit comme cause directe, soit surtout comme cause d'aggravation, l'action possible des divers facteurs de guerre suivants : le traumatisme, l'alimentation défectueuse, et même les fatigues.

Dans ces conditions, tenant compte des incertitudes qui obscurcissent le problème de l'étiologie du cancer, la responsabilité de service a été admise assez fréquemment, dans une mesure variable.

M. Léon Bérard montre que, dans certains cas, le cancer a succédé à des traumatismes de guerre. Il en relate plusieurs exemples : un épithélioma du cuir chevelu développé sur une cicatrice irritée par le frottement du casque ; un fibro-sarcome de l'omoplate apparu au niveau d'une partie constamment pressée par les courroies du sac ; un ostéo-sarcome du frontal développé sur une cicatrice de plaie par grenade, cicatrice irritée par le casque.

— M. J. Gourdon lit à l'*Académie de médecine* une note sur *la reprise du travail chez les amputés et estropiés de guerre.*

L'auteur conclut que la très grande majorité des amputés et estropiés graves des membres sont aptes à se remettre au travail.

Pour favoriser la reprise du travail, il est nécessaire que l'orientation vers le métier, l'éducation et la réadaptation professionnelles, la prothèse, soient organisées scientifiquement et pratiquement dans des écoles spéciales.

L'éducation et la réadaptation professionnelles doivent être instituées dès la cicatrisation des lésions et avant la réforme du blessé. Il conviendrait d'ajouter une prime de rééducation au taux de la pension.

Il y a un avantage considérable au point de vue rendement à réadapter le mutilé dans son métier antérieur.

— M. Barbary lit à l'*Académie de médecine* une note sur *la spirochétose pulmonaire hémorrhagique.*

La spirochétose broncho-pulmonaire doit entrer dans le cadre des pseudo-tuberculoses, causes d'erreurs parmi les formes de tuberculose fermée. La symptomatologie comprend des signes de bronchite, avec parfois foyers congestifs. Les crachats hémoptoiques sont la règle. L'examen bactériologique, très facile, montrera des spirochètes dans l'expectoration.

— M. Darier lit à l'*Académie de médecine* une note sur *les contre-indications de la radiothérapie dans certaines espèces de cancer de la peau.*

La radiothérapie, très active dans certaines formes de cancer de la peau, échoue et semble même parfois aggraver le mal dans d'autres formes

L'épithélioma tubulé ou baso-cellulaire, c'est-à dire le cancer vulgaire de la face des personnes âgées, à évolution lente et qui n'engorge pas les ganglions, cède rapidement à quelques séances d'irradiation. Par contre, l'épithélioma lobulé ou spino-cellulaire, forme habituelle du cancer de la langue, des lèvres, de l'anus, des organes génitaux externes, ne guérit pas par le radium ou les rayons X. Il en est de même du nœvicarcinome, qui prend son origine sur des nœvi imprudemment irrités. Dans ces deux derniers cas, la radiothérapie ferait perdre un temps précieux et doit céder le pas à la chirurgie ou à l'électrolyse (pour le nœvicarcinome).

En présence d'une ulcération cutanée paraissant cancéreuse, il y a donc un intérêt énorme à faire le diagnostic de l'espèce de cancer à laquelle on a affaire, en recourant au besoin à la biopsie.

— MM. P. Carnot et Mauban rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* trois cas *d'incontinence pylorique.*

Tandis que le syndrome de sténose pylorique a fait l'objet de nombreux travaux, l'incontinence pylorique (d'ailleurs beaucoup plus rare) a été peu étudiée.

M. Carnot estime qu'il y a lieu d'en distinguer deux types : les incontinences organiques, dues à des lésions de la région pylorique, et les incontinences fonctionnelles qui apparaissent sans ulcérations directes du sphincter, par simple viciation de son réflexe de fermeture. L'auteur rapporte trois cas de ce syndrome. Le premier est relatif à une incontinence organique permanente, par induration et rigidité du canal de nature néoplasique (limite plastique). Les deux autres sont des incontinences fonctionnelles : l'une permanente, liée à un réflexe par

lésions à distance (adhérences gastro-coliques); l'autre transitoire, révélée par la radioscopie, facilement modifiable, par l'épreuve du repas fictif (mastication, sans déglutition, pendant 10 minutes) ou par excitation acide du duodénum.

M. Laubry montre que si les formes anatomiques de l'insuffisance pylorique sont bien connues (quoique rares), les formes physiologiques le sont beaucoup moins. M. Carnot a appelé utilement l'attention sur elles.

— M. A. Bartet, médecin principal de la marine, fait à la *Réunion médico-chirurgicale de la XVIe région* une communication sur l'*action soporifique et sédative du Dial chez les blessés de guerre.*

Le repos étant pour les blessés un facteur essentiel de guérison, il convient, dit l'auteur, d'épargner à ces hommes, dont le corps et le cerveau ont été soumis le plus souvent à un surmenage intense, toutes les sensations pénibles, toutes les préoccupations morales, toutes les émotions ; et le repos nocturne, toujours le meilleur, doit être chez eux particulièrement respecté. Malheureusement chez beaucoup de blessés ce repos ne peut être obtenu, soit par suite de la surexcitation de leur système nerveux, soit par la persistance des douleurs plus ou moins vives dont leurs lésions sont le point de départ ou le siège. C'est alors qu'on a recours ordinairement aux diverses médications soporifiques dont quelques-unes (morphine notamment) peuvent entraîner une accoutumance dangereuse ; ou bien (chloral sulfonal) n'être pas sans d'autres inconvénients connus de tous. L'emploi de ces agents hypnotiques commande donc une prudente réserve. L'auteur se basant sur un certain nombre d'expériences antérieures, a fait l'essai du dial (diallylmalonylurée) qui, entre autres avantages, aurait celui d'être inoffensif, de ne pas produire d'accoutumance ou d'effets secondaires fâcheux.

Ses observations portent sur un certain nombre de blessés présentant un état d'insomnie persistant après des interventions diverses. Les sujets ont été choisis de préférence parmi ceux que l'on savait susceptibles de ne demander cette médication qu'en cas de besoin réel.

Les résultats ont été très favorables chez les blessés dont l'état général était resté bon : bien que présentant de la fièvre avec température assez élevée, 0 gr. 10 de Dial, pris vers 11 heures du soir leur ont presque toujours assuré trois ou quatre heures d'un sommeil réparateur, et cela sans inconvénient d'aucune sorte ; ils ont pu ainsi traverser avec moins de fatigue la période post-opératoire et entrer sans doute plus rapidement dans la période de pré-convalescence. Les résultats ont été moins bons lorsqu'il y avait de la suppuration ou des complications septicémiques (rhumatisme infectieux, foyer purulent de la plèvre, etc). L'auteur estime, pour conclure, que l'action somnifère et sédative du *dial* peut être utilisée, de préférence à celle de la morphine ou d'autres soporifiques, chez certains blessés, et il croit utile d'en continuer l'expérimentation sur une plus vaste échelle afin d'avoir une idée plus exacte des services qu'il peut rendre. P. L.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'encéphalite léthargique.

Il est question, depuis quelques mois, d'une affection curieuse sur laquelle M. Netter a appelé, le premier en France, l'attention. Cette maladie, connue sous le nom d'*encéphalite léthargique*, est une sorte de maladie du sommeil *nostras* : son symptôme essentiel, caractéristique, en effet, est la tendance au sommeil, la somnolence, l'aspect léthargique du patient.

M. Netter la décrit ainsi :

L'encéphalite léthargique, dit-il, affection le plus souvent fébrile, commence par de la douleur de tête et des vomissements. Puis, très rapidement apparaît la somnolence qui s'accentue progressivement. D'abord, c'est seulement de l'assoupissement ; ensuite, du sommeil vrai, dont on arrive plus ou moins difficilement à faire sortir le sujet qui ne tarde pas d'ailleurs, dès qu'on cesse d'insister, à se rendormir.

L'appareil musculaire des yeux est presque toujours atteint. On note de la paralysie des releveurs des paupières (chute des paupières) et du nystagmus.

La somnolence, la céphalée, les troubles oculaires évoquent naturellement l'idée d'une méningite, mais les symptômes habituels de la méningite manquent ou sont peu accentués. On provoque assez facilement la raie méningitique. Par contre, la raideur de la nuque et le Kernig sont absents ou à peine ébauchés. Les irrégularités du pouls et de la respiration manquent. La ponction lombaire retire un liquide clair, contenant une proportion normale d'albumine et de cellules, sans bactéries.

On songe alors à une tumeur cérébrale, dont on ne trouve pas trace à l'autopsie, si le malade meurt.

Outre les symptômes essentiels dont nous avons parlé — la torpeur léthargique et les signes oculaires —, on note assez fréquemment de la rétention ou de l'incontinence d'urine, et des escarres des régions fessière et sacrée. M. Chauffard, M. Khoury ont vu, chez deux de leurs malades, des crises d'épilepsie jacksonienne — symptôme plus rare. On a signalé

encore du délire, de l'excitation cérébrale, troubles passagers.

L'évolution de la maladie est variable. La marche peut être aiguë, subaiguë, presque chronique dans d'autres cas, allant de quelques jours à quelques semaines, à plusieurs mois même. La terminaison est mortelle dans la moitié des cas, semble-t-il, et la mort peut se produire rapidement, ou plus lentement au bout de six et huit semaines, quelquefois.

L'encéphalite léthargique a été signalée en Italie et en Hongrie, au printemps de 1890, sous le nom de *nona*. On retrouve sa symptomatologie dans une épidémie qui a sévi à Vienne (Autriche), pendant l'hiver 1916-1917 et qui a été décrite par Von Economo. En France, l'attention a été appelée sur cette affection par Netter, qui l'a observée à Paris, en mars 1918, et en a rapporté, depuis, nombre d'observations. Des cas ont été signalés à Paris par M. Chauffard, M. Claude, M. Sainton, M. Lortat-Jacob, M. Lereboullet, etc. ; à Rouen, par M. Brunon ; à Alger, par M. Ardin-Deltheil. Nous-même, en avons observé un cas très net, en septembre 1917, dans un village du département de l'Ain, avec le Dr Saint-Pierre (de Nantua). Chez notre malade — une femme de 70 ans —, l'affection eut une marche subaiguë. Après une première phase, courte, de fièvre, céphalée et vomissements, survint une seconde phase d'état léthargique profond (la patiente ne se réveillant que de temps en temps et sur appels réitérés, pour s'alimenter), accompagné de troubles oculaires (chute des paupières, nystagmus), de rétention d'urine, d'escarre sacrée. La mort survint après 5 semaines, par cachexie. M. Netter n'ayant pas encore, à cette époque, appelé l'attention sur l'encéphalite léthargique, nous ne pûmes alors porter aucun diagnostic, sauf celui, indéterminé, d'*état léthargique*.

L'existence de cette maladie, en Angleterre, a été signalée par deux auteurs. M. Arthur Hall l'a observée à Sheffield et M. Wilfrid Harris, à Londres. L'office sanitaire anglais a réu :i une statistique de 105 cas. Le Dr Wright ci.e l'exemple d'un professeur très connu, mort sur le front, en 48 heures, ayant succombé vraisemblablement à cette affection.

L'anatomie pathologique de la maladie es des plus simples. L'autopsie révèle seulement un état congestif cortico-méningé (Chauffard). Ce qui est intéressant, ce ne sont pas les lésions en elles-mêmes (elles sont d'ordre inflammatoire banal), mais leur localisation, spécialement pédonculaire (Pierre Marie). Ceci viendrait à l'appui de la théorie qui place le centre du sommeil dans le mésocéphale.

ı a voulu (Wilfred Harris) rattacher l'encép 'te léthargique au botulisme. On a pensé aussi que peut-être le germe de la poliomyélite était en cause. M. Netter rejette ces opinions et il croit que la maladie dépend d'un microbe spécial encore inconnu, offrant une affinité particulière pour le mésocéphale. Malgré une certaine similitude avec la maladie du sommeil des nègres, le *trypanosoma gambiense* n'intervient pas.

Le diagnostic de l'encéphalite léthargique se basera sur la présence des signes caractéristiques (l'état léthargique et les signes oculaires) et sur l'absence des signes particuliers de la méningite. Les formes aiguës avec fièvre élevée peuvent être confondues avec les diverses variétés de méningite et la fièvre typhoïde. Les formes chroniques où la fièvre est passagère peuvent simuler les tumeurs cérébrales, la syphilis nerveuse, l'urémie, les psychoses et les psychonévroses. L'étude du malade, l'évolution de l'affection serviront de guide. On se rappellera que les signes oculaires manquent assez rarement, et que l'état léthargique est vraiment particulier, constituant du *sommeil* et non du tuphos.

Dans le traitement de cette maladie, M. Netter a administré l'urotropine, qui est un bon antiseptique du système nerveux. L'avenir procurera, peut-être, une médication sérothérapique.

Dr P. LACROIX.

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le contenu stomacal à jeun à l'état pathologique et les catarrhes gastriques, par L. PRON. Une brochure de 48 pages, prix : 1 fr. 50. A Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole de médecine, Paris, 1918.

L'électricité médicale en clientèle. (L'Indispensable en électrothérapie), par J. LABORDERIE. Un volume à 8 frs. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris, 1918.

L'auteur décrit, dans la première partie de son ouvrage, l'installation électrique du médecin praticien et les différentes techniques des applications électriques.

Dans la deuxième partie, il passe en revue les règles générales et particulières du traitement électrique. Successivement, sont étudiés les modes d'emploi de l'électricité dans toutes les maladies qui en sont justiciables. Le praticien trouvera dans cet ouvrage un exposé de *ce qu'il peut faire* et de *ce qu'il doit savoir* en électrothérapie.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Thérapeutique de l'empoisonnement par les champignons. (1)

La fausse oronge cause, neuf fois sur dix, les accidents mortels provoqués par les champignons.

La phalline se fixe sur le globule rouge et provoque sa destruction en quelques heures.

En raison de l'absorption rapide du poison, provoquer le vomissement, ne fait que fatiguer le malade.

Pendant la première période (dans les 12 heures), Charuel conseille :

1) Huile de ricin...... 30 à 40 grammes
2) Charbon animal.... 30 à 60 grammes à doses fractionnées.
3) Iodure de potassium 1 gramme
Teinture d'iode..... X gouttes
Eau distillée........ 100

Donner abondamment du lait coupé d'eau minérale alcaline.

(1) G. Charuel et Plicque : Le traitement des empoisonnements phalloïdiens. (*La chronique pharmaceutique*, août 1918).

Un peu de champagne, également coupé d'eau minérale. Peu d'alcool, celui-ci augmentant la diffusibilité de l'alcaloïde.

Les bains chauds seront utiles contre l'algidité.

Contre l'asthénie : XX à XXX gouttes d'adrénaline en solution au 1000e, en 24 heures.

Contre la dépression cardiaque : V à X gouttes par jour de solution de digitaline au 1000e.

Contre l'anurie : 3 cachets de théobromine à 0 30 cgr.

On organisera la « journée thérapeutique » de telle sorte que, chaque 3 heures, le malade aura l'une ou l'autre de ses médications à absorber.

Au cas d'intolérance stomacale, recourir à l'injection de sérum artificiel adrénaliné :

Sérum artificiel.......... 250 grammes
Solution d'adrénaline au 1000e................. 1 cc.

Le sérum immunisant de Ferry et Calmette semble, d'après nos auteurs, surtout être préventif. Cependant, comme pour le tétanos, pourrait-on l'utiliser, une fois l'intoxication déclarée...

Dr R. Molinéry.

CORRESPONDANCE

A propos de la propagation de la tuberculose

Nous recevons du laryngologiste réputé, le Dr Baratoux, l'intéressante lettre suivante :

Mon cher ami,

Je viens de lire le no d'aujourd'hui du *Concours Médical*,

C'est à propos de la tuberculose, page 836, que je veux vous faire quelques réflexions.

Il est une question dont on parle peu : c'est la propagation par la salive.

Allez à la gare prendre un billet, l'employé commence par mouiller le doigt pour vous servir le ticket.

De même, dans les omnibus.

Dans un bureau, l'employé tourne les pages avec le doigt humecté de salive et en se contagionnant lui-même, si son prédécesseur tuberculeux a fait la même chose que lui. J'ai connu 13 cas de contagion de cette sorte dans une maison de couture : 12 employés sont morts successivement. Ils étaient attachés au même service. L'examen des feuillets du livre a décelé la présence du bacille de Koch.

Allez au Ministère des finances, prendre un no chez le concierge. Même geste à la bouche pour vous remettre un sale carton.

Au restaurant, le garçon s'essuie la bouche, avec la serviette qui, un instant après, servira à enlever une tache douteuse sur votre assiette. Heureusement, s'il ne tousse pas dans la serviette, comme je l'ai vu un jour dans certain restaurant du boulevard où le sommelier tuberculeux avait bien soin d'essuyer le goulot des bouteilles avant de les mettre sur la table.

J'ai vu également un garçon ayant un chancre à la lèvre prendre le soin de frotter les couverts avec la serviette qui, un instant avant, avait servi à tamponner le chancre.

On parle beaucoup du traitement de la tuberculose, mais bien peu des moyens de l'éviter.

Si, à l'école, on donnait quelques conseils à ce sujet, on verrait disparaître cette sale habitude de mettre le doigt à la bouche dès qu'on prend une feuille de papier, et nos fournisseurs, épiciers, bouchers, pâtissiers nous délivreraient nos achats sans avoir humecté de leur salive le papier qui les enveloppe.

Avec mon meilleur souvenir, croyez à ma bonne amitié.

BARATOUX.

Nous pourrions ajouter que les timbres-postes doivent être un agent fréquent de contage et que, pour affranchir les lettres, on devrait bien, trouver autre chose.

J. N.

Rayé des cadres, l'officier cesse d'appartenir à l'armée.

J'ai l'honneur de demander au « Sou médical », dont je suis membre actif, quelle est actuellement ma situation vis à vis du service militaire.

Le 2 août 1914, j'ai été mobilisé *comme infirmier du service auxiliaire,* classe 1890.

Je suis parti le 3 août 1914 ; le 1er mars 1915 j'ai été nommé après deux révisions, le 22 nov. 1914 et le 28 janvier 1915, *médecin auxiliaire* du service armé.

Le 4 mars 1915, j'ai été nommé aide-major de 2e classe à titre temporaire.

Le 17 avril 1916, j'ai été mis hors cadre pour raison de santé. J'ai passé des visites depuis ce temps environ tous les 8 ou 10 mois. Toujours maintenu hors cadre.

Le 11 juin 1918, j'ai passé une dernière visite, et ces jours-ci, j'ai reçu une lettre du Sous-Secrétaire d'Etat m'annonçant que le Président de la République m'avait *rayé* des cadres par application du décret du 31 avril 1878 complété par le décret du 5 avril 1915.

En ma qualité d'auxiliaire avant et au début de la guerre, de R. A. T. classe 1890, de médecin auxiliaire depuis la guerre et d'aide-major, vais-je encore repasser une visite ? ou suis-je complètement libéré du service militaire ?

Réponse

La radiation des cadres, pour les officiers, équivaut à la réforme pour les hommes de troupe.

Rayé des cadres, vous cessez d'appartenir à l'armée. Vous êtes dégagé de toute obligation militaire, et vous ne pourriez être soumis à de nouvelles visites que si une loi nouvelle, visant les officiers de votre classe, le prescrivait.

Nous n'en sommes pas là !

Les soins médicaux donnés aux militaires sont gratuits

Je voudrais soumettre au *Concours médical* un cas qui m'est particulier, mais qui me semble pouvoir intéresser de nombreux confrères mobilisés.

Au mois d'août 1917, touché par la circulaire récente du 30 juillet, j'étais renvoyé du front à l'intérieur pour être affecté à N..., garnison la plus proche de mon domicile civil. Pendant une permission, vers la fin d'août, je fus appelé à voir, dans mon rayon habituel, un militaire tombé malade chez ses parents. *A noter qu'il n'y avait plus de médecin civil dans toute la région.* Or, le cas était urgent, et fut assez grave pour entraîner une réforme temporaire.

Supplié par la famille, j'acceptai de traiter le malade auquel je fis 13 ou 14 visites successives — *soit à peu près 200 kilom. d'auto — à mes frais bien entendu*.

A la fin de janvier, le père se présenta chez moi un papier à la main. C'était une lettre de la Direction du Service de la Région, ainsi conçue : « En réponse à la demande ci-contre, j'ai « l'honneur de vous faire connaître que suivant « les renseignements recueillis après enquête, il « ressort que le militaire a été soigné par les « soins d'un médecin militaire, qui, étant mo- « bilisé, n'a droit à aucune redevance. En con- « séquence, la famille du militaire B .. n'aura « rien à débourser. Prière de l'en informer. »

Naturellement, je protestai aussitôt à la Direction, qui m'envoya la note suivante :

« Pour me permettre d'examiner votre récla- « mation, vous voudrez bien me faire connaître « quelle est l'autorité militaire, qui vous a « donné l'ordre de vous rendre près du sol- « dat X. »

Je répondis aussitôt à la question, et j'ai reçu avant-hier l'avis de la Direction.

Voici le texte : « En réponse à votre demande « relative aux frais de traitement du soldat que « vous avez soigné au domicile de ses parents, « je vous informe que tout médecin mobilisé, « quand bien même serait-il en permission, « doit, même sans aucun ordre de la Place, « donner ses soins gratuitement à tout militaire « malade.

« En conséquence, vous ne pouvez donc ré- « clamer aucun frais à la famille du militaire. « Quant aux médicaments que vous avez four- « nis, il vous appartient de vous en faire rem- « bourser le montant ».

En sorte que le traitement du Militaire serait gratuit pour l'Etat et pour la famille B., mais non pour moi, qui en suis de mes 200 kilom. d'auto.

Nous savons ce qu'il en coûte aujourd'hui.

Je serais heureux d'avoir l'avis du *Concours médical* sur ce cas, et de savoir si je dois en rester là. Dr D.

Réponse

La réponse de la direction est conforme à la réglementation en vigueur.

Les C. M. 17.023 du 4 décembre 1914 et 66 Ci/7 du 21 avril 1916 interdisent formellement aux médecins militaires ou militarisés de réclamer ou d'accepter d'honoraires des malades civils qui les appellent, quelle que soit leur situation.

Tout au plus ces médecins peuvent-ils, aux termes du règlement, se faire rembourser leurs frais de déplacement.

Mais il s'agit de malades CIVILS ; dans votre

cas, le malade était MILITAIRE. L'interdiction de réclamer tout honoraire est encore plus rigoureuse. D'ailleurs, à moins qu'il ne soit réellement intransportable, tout militaire qui devient malade au cours d'une permission ou d'une convalescence doit être hospitalisé dans l'hôpital militaire le plus voisin de sa résidence.

Si les parents vous avaient honoré sans protester, personne ne vous eût jamais cherché noise, mais dès l'instant qu'ils réclamaient contre la note que vous leur envoyiez, il était certain que leur réclamation serait admise et que le droit d'être honoré vous serait refusé.

Faites une nouvelle démarche auprès de la Direction, en vous basant sur les deux circulaires dont nous vous rappelons les numéros et les dates. Etablissez le décompte de vos frais de déplacement *seuls* : prix du kilomètre en auto, et demandez à être autorisé à vous faire rembourser ces frais.

C'est tout ce que vous pouvez espérer obtenir et nous ne sommes pas sûrs que vous réussirez.

Affectations et soldes

Sachant par la lecture du *Concours* que tout ce qui peut améliorer le sort des médecins mobilisés ne saurait vous être indifférent, je viens vous prier de poser à M. le Sous-Secrétaire du Service de Santé, soit directement, soit par l'intermédiaire du *Concours*, les deux questions suivantes :

1° Pourquoi n'a-t-on pas encore pris à l'égard des médecins de la classe 89 la mesure prise en août 1917 en faveur des médecins des classes 88 et plus anciennes, mesure qui leur permettrait d'être affectés au lieu de leur résidence ou envoyés en sursis dans leurs foyers ?

2° Un médecin qui a quatre années complètes d'exercice dans le grade, je ne dis pas 4 années de grade, n'a-t-il pas le droit au deuxième échelon de solde ?

En posant ces deux questions, je n'entends nullement entraver la solution des idées plus générales émises dans le *Concours* au sujet de l'avancement normal des médecins âgés et de leur affectation au lieu de leur résidence ou de leur renvoi dans leurs foyers. Mais il m'a paru que la réponse à ces deux questions, qui intéressent un grand nombre d'entre nous, pourrait être obtenue promptement, ne nécessitant aucun travail préparatoire.

Dr B.

Réponse

1° Ne confondez pas. La décision qui permet aux médecins des classes 1888 et plus

anciennes d'être affectés le cas échéant à leur résidence du temps de paix est bien du 30 juillet 1917; mais celle qui permet aux mêmes médecins d'être envoyés *en congé sans solde* (et non mis en sursis, ce qui n'existe pas pour les officiers) n'est que du 30 août 1918.

Il est probable que dès que la classe 1889 sera dégagée de ses obligations militaires, en octobre prochain, la possibilité du congé sans solde sera accordée aux médecins de cette classe.

Quant à l'affectation des vieux médecins R. A. T. à leur résidence du temps de paix, il nous semble que les dispositions prises tout récemment par le ministre en faveur des hommes du service armé des classes 1889 et 1890 ne pourront faire autrement que d'être étendues aux médecins, à condition toutefois que leur résidence du temps de paix comporte une garnison ou une formation sanitaire avec un emploi vacant de leur grade.

2° Après quatre ans de *services effectifs dans le grade*, les lieutenants passent au 2e échelon de solde qui est de 406 fr. 50 par mois ; les capitaines passent également au 2e échelon de solde qui est de 481 fr. 50 par mois.

Tout médecin qui était le 2 août 1914 aide-major de 1re classe ou médecin-major de 2e classe et qui, le 2 août 1918, avait encore le même grade, a droit, depuis cette dernière date, au 2e échelon de solde dans l'un ou l'autre de ces grades.

Pourquoi ne pas démobiliser les vieux R. A. T. nécessaires au service médical des populations civiles ?

Mon *curriculum vitœ* est loin de se terminer.

Parti de C... (Ardennes) pour A..., C..., (Somme), je passe les escales, P... (Seine-et-Marne), F... (Aisne). N..., G... (Vosges), B..., G..., V... B..., C..., enfin à X. où vous vous voudrez bien m'envoyer désormais le *Concours*.

J'aurais beaucoup à dire de l'exercice de la médecine civile par des médecins civils militarisés ou militaires civilisés à votre choix, mais à quoi cela servirait-il ?

Tout le monde sait et en connaît les inconvénients, le danger très grand pour l'Avenir de notre profession, et on ne veut rien faire. Le moindre patron, le moindre ouvrier, le moindre agriculteur s'en tire mieux que nous. Pourquoi ? ?

Pourquoi ne pas démobiliser les vieux R. A. T. ?

Pourquoi ne pas mettre en sursis le nombre de médecins utiles à la population civile ? ?

Pourquoi cette épée de Damoclès toujours suspendue au-dessus de la tête des pauvres diables militaires et civils tout à la fois, les deux et ni l'un ni l'autre, toujours à la merci d'une plainte d'un client grincheux ou d'une plainte provoquée par la jalousie d'un bon camarade.

La consigne étant : « Faites tout ce que vous voulez, mais s'il y a une plainte, gare à vous ! » alors, alors, pour ne pas avoir d'histoires, on laisserait pharmacien et sage-femme exercer impunément et presque officiellement la médecine, on laisserait les maires en prendre à leur aise avec l'hygiène publique, on éviterait de déclarer les maladies contagieuses ?

Non, je ne le crois pas, mais enfin, c'est ce qu'il faudrait faire pour éviter tout ennui et des déplacements multiples avec une femme et quatre gosses, bientôt cinq !

Bast ! qu'est-ce que cela, en comparaison de ce qui nous attend à notre retour !

Que vous le vouliez ou non, nous serons bel et bien embrigadés, fonctionnarisés, ça va être beau ! !

J'aurais cru pouvoir verser quelque peu à nos caisses confraternelles. Hélas ! dix fois hélas ! ! les charges deviennent de plus en plus lourdes, le prix de la vie exorbitant et nous sommes six à nourrir, bientôt sept, avec des appétits féroces, cependant encore moins que ceux de certains paysans insatiables. Ah ils prennent largement leur revanche : le lait à 0 fr. 50, le beurre à 5 fr. 50, tout à l'avenant ; le mercantilisme est déchaîné dans les campagnes et qui sait où et comment on l'arrêtera ! !

Le voudra-t-on du reste ?

Je termine en félicitant le *Concours* de toujours lutter comme il peut et à bientôt, espérons-le, la liberté entière de nos actes avec la Victoire. Dr R.

Mise hors cadre et radiation des cadres

Veuillez me renseigner sur les points suivants :

J'ai été mis hors cadre en août 1917 ; je viens de passer un nouvel examen qui a conclu à mon maintien dans cette dernière situation. Est-ce que je suis rayé spontanément des cadres de l'armée à la suite de cela ; ou bien faut-il que j'en fasse la demande ? *Dr M.*

Réponse

La mise hors cadre pour raison de santé ne peut dépasser 3 ans, mais elle est renouvelable par périodes de 6 mois. Si vous avez été maintenu dans cette position à la suite de la dernière visite dont vous fûtes l'objet, vous

ne serez pas rayé spontanément des cadres.

Au cas ou votre état de santé justifierait la radiation et que vous la désiriez vous-même, vous n'auriez, lors du prochain examen auquel vous serez soumis, qu'à demander aux confrères qui vous visiteront et contre-visiteront, de conclure à une proposition pour la radiation des cadres.

Votre âge, que nous ne connaissons pas, pourrait faciliter cette solution, si vous êtes notamment d'une vieille classe d'R. A. T.

La franchise postale

Un médecin mis en congé illimité sans solde, peut-il encore bénéficier de la franchise postale, à condition de remettre ses lettres au guichet, ainsi que le peut faire tout militaire en permission ou en congé ? Dr D.

Réponse.

Non, sauf le cas où ce médecin aurait à correspondre avec l'Autorité militaire pour un fait de service.

Eratum. — Dans le no 18 du 15 septembre 1918, page 824, lignes 12 et 16 de la première colonne, lire :

EST COMPATIBLE, au lieu de : *En compatité.*

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Les fils de médecins tombés au Champ d'honneur

Notre fidèle lecteur, membre du *Concours médical* et de toutes ses œuvres, le Dr F. THOMAS, de Cencerey par Sussey (Côte-d'Or), ajoute à une de ses lettres le post-scriptum suivant :

« Bien que dégagé personnellement de toute obligation militaire, je viens de payer un lourd tribut à la Patrie.

Mon fils, sous-lieutenant de génie, a été blessé mortellement le 17 juillet 1918 et s'est éteint le 18 sur le front de Champagne, dans la gloire de ses 23 ans et l'éclat du ruban rouge de la Légion d'honneur.

C'est là mon bénéfice de guerre ! Combien de confrères, hélas ! sont dans le même cas ? »

Le *Concours médical* adresse au docteur Thomas et à toute sa famille, l'expression de sa sincère et fraternelle sympathie.

Combien sont admirables ces praticiens de province qui, se sacrifiant sans répit pour secourir les autres, savent maîtriser leur douleur et trouvent le moyen de dire, avec Corneille, de leurs enfants qui furent des héros :

La gloire de leur mort m'a payé de leur perte.

J. N.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La lettre qui tue...

Les Sous-Secrétaires d'Etat du Service de Santé, MM. Godart et Mourier, se sont montrés en général animés des meilleures intentions envers les médecins mobilisés.

Ces intentions ont été traduites sous forme de circulaires ou d'instructions dont l'ensemble, revu, corrigé et considérablement augmenté, depuis deux ans notamment, a paru former le statut qui devait régir les médecins de complément.

C'est ainsi que, par des déclarations maintes fois réitérées à l'*Officiel*, le Ministre a précisé que le personnel mis à la disposition des autorités médicales aux armées devait y être réparti et affecté en tenant compte de l'âge et des charges de famille.

Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière : telle semblait être la directive générale qui devait, aux yeux du Pouvoir, guider et commander ces affectations et ces répartitions.

C'est encore ainsi que, lorsque le Ministre a décidé que les médecins ne pourraient plus être inaptes définitifs aux armées sans faire l'objet d'une proposition pour la mise hors-cadres, ou la radiation des cadres, mais que les états pathologiques compatibles avec un minimum d'activité professionnelle entraîneraient l'aptitude restreinte de leurs ressortissants, lesquels trouveraient leur utilisation aux armées dans des conditions spéciales, il a eu le soin d'indiquer que les « aptes restreints » seraient affectés aux formations sanitaires de la zone des étapes.

La relève des vieilles classes, le retour à leur région d'origine, l'affectation à leur résidence de temps de paix, la mise en congé sans solde des vieux R. A. T., toutes ces mesures, et tant d'autres de moindre importance, ont été considérées comme des témoignages irrécusables de la sollicitude du Sous-Secrétariat d'Etat au Service de Santé envers les médecins de complément.

Comment se fait-il, dès lors, que tant d'entre eux continuent à se plaindre de leur sort ? Pourquoi continuons-nous à recevoir tant de lettres de confrères qui nous font part de leur désenchantement et de leur amertume ? « J'ai « 45 ans, écrit l'un, je suis toujours médecin « de bataillon, tandis que je connais, dans les « ambulances, dans les H. O. E., dans les ser- « vices d'étapes et de l'arrière, des camarades « plus jeunes que moi ». — « Je suis classé « apte restreint, écrit un autre ; je m'attendais « à recevoir, aux armées, une affectation en « rapport avec mes moyens physiques : j'ai « été envoyé à l'avant. » — « Je suis de la classe « 1892, écrit un troisième, et bien que vous « écriviez que la relève de cette classe doit « être depuis longtemps terminée, j'attends « toujours mon renvoi à l'intérieur. »

Comment cela est-il possible ? Ah ! c'est d'une enfantine simplicité. C'est parce que dans toutes ses circulaires, le Ministre a introduit ou laissé introduire cette petite phrase qui n'a l'air de rien et qui est tout : *si les nécessités du service le permettent..., autant que les exigences du service le permettent.*

Vieux confrère de 45 ans, qui remplissez péniblement votre tâche dans un bataillon d'infanterie à l'avant, tandis que de plus jeunes collègues ont, à l'arrière, des affectations de choix, ne récriminez pas : les nécessités du service ne permettent pas de vous donner un poste moins pénible. Et vous, le rhumatisant chronique dont l'aptitude restreinte devait justifier l'utilisation dans un H. O. E., ne criez pas à la violation des instructions ministérielle à votre détriment, si l'on vous a envoyé dans un corps de troupe ; prenez-vous-en aux exigences du service, qui primaient tout, et n'ont pas permis de vous mettre à votre place. »

Le service, ses nécessités, ses exigences ont bon dos, autorisent toutes les fantaisies, couvrent tous les arbitraires.

Et voilà comment les meilleures intentions sont annihilées par un petit membre de phrase insidieusement glissé dans un texte d'aspect équitable et juste.

Monsieur le Ministre, ce n'est pas vainement que nous nous sommes déjà plusieurs fois adressés à vous. Permettez-nous d'espérer que vous vous laisserez, aujourd'hui encore, émouvoir par notre plaidoyer, et que

vous prendrez les mesures indispensables pour que vos intentions à vous, soient comprises et respectées en général, et que leur non exécution soit l'exceptionnelle rareté, et en tout cas, soumise expressément à votre haute appréciation.

Supprimez de vos circulaires la petite phrase conditionnelle qui les tue. Remplacez-la par des précisions faciles à formuler ; par exemple : Nul médecin des classes 1896 et plus anciennes, hormis les volontaires, ne devra recevoir d'affectation à l'avant, — les aptes restreints arriveront aux armées avec un ordre de service fixant l'emploi qu'ils doivent y remplir et la formation où il doivent être utilisés. — Et vous aurez du même coup supprimé des motifs nombreux de plaintes légitimes et mérité une fois de plus la gratitude du corps médical auquel vous appartenez, et qui veut espérer que vous professez le *Médicus sum, et nihil Médicum a me alienum puto.*

Chacun à sa place.

« *J'ai l'honneur* de vous demander ce que vous pensez de l'idée émise récemment, à savoir : Remplacer les aides d'équipes chirurgicales par des infirmières n'ayant pas fait d'études médicales et à plus forte raison chirurgicales.

Cette idée me paraît tellement monstrueuse, autant au point de vue de l'exercice illégal, qu'au point de vue de la sécurité absolue à laquelle ont droit tous nos blessés, que je n'ose pas croire qu'elle ait pu germer dans un cerveau de médecin.

Lors de la formation des équipes, il fallait à l'aide des aptitudes spéciales en plus des longues études médicales déjà faites, et maintenant, n'importe qui aurait droit à aider pratiquer une opération sur des blessés.

Je vous demanderai de nous renseigner sur ce qu'il y a d'exact dans cet ordre d'idées et sur ce qu'il y aurait lieu de faire pour arrêter les abus, qui ont assez duré, et ne font qu'affaiblir le moral, ceci dans le cas de l'affimative. »

Dr L., chirurgien.

Réponse.

Il y a en effet actuellement une tendance marquée à ériger en règle, ce qui n'était que l'exception motivée par les circonstances, de confier l'anesthésie générale à des infirmières.

Nous avons fait des réserves à ce sujet dans notre numéro du 1er août dernier.

Nous en faisons également sur la généralisation de ce système qui remplacerait les aides-médecins, par des aides non médecins.

Comme il est admis, par la jurisprudence, que l'entière responsabilité d'une opération appartient à celui qui la pratique, et que cette responsabilité peut entrer sévèrement en jeu au cas où une faute lourde serait commise soit par lui-même, soit par des assistants, nous sommes d'avis qu'il appartient aux chirurgiens chefs d'équipes, ceux qui opèrent, de se refuser formellement à se laisser assister par d'autres aides que des techniciens de carrière.

Si le haut commandement médico-militaire passe outre, le chirurgien doit, selon nous, dégager *par écrit* sa responsabilité relativement à toutes les éventualités qui peuvent être envisagées à propos et au cours d'une intervention.

Les affectations aux armées des médecins de complément.

Abonné à votre journal je vous prierai de me donner quelques renseignements. Je sais combien vous vous êtes occupé des intérêts et des droits du Corps médical pendant la guerre et c'est pour cela que je m'adresse à vous.

Récupéré en 1917, je suis mobilisé depuis Après avoir passé 10 mois à l'intérieur, j'ai été affecté le 1er avril 1918 au ...e régiment d'artillerie lourde, en qualité d'aide-major de 2e classe.

Evacué pour maladie, après ma convalescence, j'ai été affecté à l'ambulance divisionnaire où je me trouve actuellement.

Voici ma situation :

Classe de départ 1895.

Existe-t-il quelque circulaire ou réglement disant, qu'à mon âge, on ne doit pas être dans des formations de 1re zone (ambulance divisionnaire ou régiment) ?

Si j'ai quelque droit à faire valoir, à qui dois-je m'adresser et sous quelle forme ?

Je vous adresse cette demande car je ne puis comprendre qu'à mon âge et vu ma santé, je sois maintenu dans des postes où, me semble-t-il, de plus jeunes devraient figurer.

En plus, j'ai passé 10 mois en qualité de médecin traitant dans un centre de spécialité : ne pourrais je pas être affecté dans un pareil service ?

A qui dois-je m'adresser ? Dr A.

Réponse.

Si vous êtes *apte total*, rien ne s'oppose à ce que vous ayez une affectation telle que celle qui vous a été donnée ; si vous êtes *apte restreint* vous devriez, en principe, être affecté à une formation sanitaire des étapes ; mais les *nécessités du service*, qui ont bon dos, permettent

aux « répartiteurs » de passer outre et de faire, pour ainsi dire, à leur guise.

Vous pourriez toutefois, excipant de votre âge et de vos charges de famille et de votre exercice d'une spécialité, demander à être employé dans un Centre d'armée de cette spécialité. Adressez hiérarchiquement votre demande motivée au général commandant le corps d'armée auquel vous comptez.

Au sujet de la démobilisation de la R. A. T. médicale.

Combien vous avez raison dans le *Concours* de poursuivre non pas seulement la démobilisation de deux ou trois vieilles classes de médecins, mais celle de toute la R. A. T. médicale. A la 5e année de guerre, le gaspillage du personnel ne devrait être ni permis ni toléré. Mais tous vos efforts restent vains ! Nos directeurs auraient trop peur de diminuer leur prestige en consentant à une diminution de leur personnel. Tout comme dans l'antique Rome, il leur faut des « clients » et beaucoup ; leur omnipotence et leur majesté l'exigent et leur valeur leur paraît en raison directe des sous-ordres qu'ils occupent ou font semblant d'occuper.

Certes, je ne doute pas de la bonne volonté du docteur Mourier. Mais il est impuissant ou à peu près. Député il a fait une loi, qui a été quelque peu faussée par le S. S. ; sous-secrétaire d'Etat, il a accouché d'une formule parfaitement heureuse, mais qu'il ne peut arriver à faire respecter, parce que tout comme son prédécesseur, il est prisonnier de son entourage.

Chaque fois qu'il demandera conseil et avis, on lui bourrera le crâne et on lui démontrera par a + b que le S. S. possède à peine (?) le strict nécessaire et que libérer la R. A. T. médicale, c'est mettre le poilu en péril et la France en danger !

Et pourtant, au front et à l'arrière-front et dans l'intérieur, il y a des masses de médecins inoccupés ou mal occupés, parce que trop les uns sur les autres ou parce que pourvus de postes inutiles.

C'est ainsi qu'en 1916-17, j'ai été détaché à un service de population civile dans un minuscule canton où je trouvais deux très bons confrères que toute la gent directoriale ignorait, (l'un d'entre eux venait d'être mis hors-cadres) ; c'est ainsi qu'en 1918, je dirige un hôpital de 30 lits avec une moyenne de 3 à 4 malades, alors que ce même hôpital, en 1914-15-16-17 comptant 50 lits, était dirigé par un médecin civil, qu habite toujours la localité.

Comment alors sortir de cette situation ? La persuasion ne servant à rien, la manière forte seule peut réussir. A mon humble avis, ce n'est pas au sous-secrétariat qu'il faut frapper, il faut s'adresser au Parlement. Que nos confrères de la Chambre se mettent à la tête du mouvement et que par une loi, ils imposent, *pour une date fixe*, la démobilisation de tous les R. A. T. de notre profession. Alors seulement, nos bons directeurs se secoueront ; ils ne pourront éluder l'échéance et feront la concession nécessaire. Alors seulement on verra des médecins occupés et médicalement occupés, au lieu de donner aux populations le spectacle d'un poker ou bridge médical interminable et pour cause.

Et si cette solution paraît trop radicale (!) par les vides qu'elle va créer dans le S. S., il est encore un moyen de pallier tout cela. Qu'un article de la loi confie aux médecins qui se trouveraient dans ce cas, la direction des formations qui peuvent exister dans leurs résidences.

Le Service de Santé, ainsi, ne perdrait pas tout et les affaires du pays n'en marcheraient que mieux. H. D.

Le 2e échelon de solde des aides-majors de 1re classe.

I

Je lis dans votre numéro du 1er septembre, page 781, que les aides-majors de 1re classe qui étaient titulaires de ce grade depuis le 2 août 1914 ont droit depuis le août 1918 au deuxième échelon de solde de leur grade *après quatre ans de service actif.*

J'ai le grade d'aide-major de 1re classe depuis 1910 (classe 1895). Mobilisé au premier jour de la guerre, je suis resté sur le front jusqu'en *mai* 1915. Ayant contracté une entérite sur le front, je fus évacué des armées en mai et depuis, ma maladie ayant été contractée en campagne, je suis en congé chez moi avec solde de présence.

Malgré que je n'aie pas d'*exercice effectif* (ma maladie en est cause) ai-je droit à l'augmentation de solde du 2e échelon ?

Je vous serais reconnaissant de me fixer à ce sujet, car ma solde serait augmentée de 100 fr. si j'avais droit à la solde du 2e échelon.

Dr C.

Réponse.

La position en *congé illimité* qui est la vôtre interrompt l'activité des services, et vous enlève tout droit, dès lors, au 2e échelon de de votre grade.

II

Voulez-vous être assez aimable pour me dire si l'augmentation de solde pour les aides-majors de 1re classe déjà titulaires de ces grades le

2 août 1914, est officielle, ou si c'est un projet encore à l'étude.

Que doivent exactement toucher ces officiers? Et enfin à quelle époque ce supplément leur sera-t-il payé ?

Dr B.

Réponse.

Voyez le *Concours Médical* du 1er septembre : le 2e échelon de solde des aides-majors de 1re classe est de 481 fr. 50 par mois.

Pour y avoir droit, il faut compter 4 ans de *services effectifs*.

Cette solde est acquise automatiquement aux ayant droit, qui la perçoivent à dater du jour où ils entrent dans leur 5e année de services effectifs.

Réserve et territoriale ! L'une ou l'autre.

« Appartenant à la classe 1904, aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif, ma classe devant passer dans l'armée territoriale en octobre prochain, dois-je faire une demande — et dans ce cas à qui dois-je l'adresser — pour passer dans la réserve dans l'A. T., ou bien dois-je y passer automatiquement ? »

Dr D.

Réponse.

Vous devez suivre le sort de votre classe et passer automatiquemant en même temps qu'elle dans la territoriale, à moins que vous n'exprimiez le désir de demeurer dans la réserve.

Autrefois, il était de règle que l'autorité demandât aux officiers arrivés à l'âge du « pépère » s'ils voulaient purement et simplement suivre le sort de leur classe ou rester dans la réserve de l'active.

Peut-être cette méthode est-elle toujours en vigueur ! En tous cas, vous ne pouvez être, sans votre consentement, dans une autre position que celle à laquelle légalement vous avez droit.

DOCUMENTS OFFICIELS

Le rapprochement de leur domicile des hommes employés sur le territoire.

Plusieurs de nos correspondants nous ont écrit, au sujet de la Circulaire Ministérielle relative à cette mesure, et nous ont demandé si elle n'était pas applicable aux médecins.

Voici le texte intégral de cette circulaire :

C. M. nº 17300 1/11 du 8 août 1918.

J'ai décidé que les dispositions de la circulaire nº 8538 D en date du 21 juin 1918, relatives au rapprochement de leur domicile des hommes du S. X. appartenant aux classes normalement employées sur le territoire seront étendues aux militaires du service armé, appartenant aux catégories non destinées à être envoyées aux armées, à savoir actuellement : classe 1890 et plus anciennes, et pères de 5 enfants ou veufs avec 4 enfants des classes 1896 et plus anciennes.

Pour faciliter ces rapprochements, des échanges pourront être faits entre militaires appartenant indiscutablement à toutes ces catégories de personnel.

La circulaire susvisée du 21 juin ayant donné lieu, d'autre part, à des divergences d'interprétation au sujet des conditions dans lesquelles doivent être effectuées les mutations, il doit être bien entendu, que l'exécution de ces mouvements ne doit pas avoir pour résultat, de désorganiser les services en amenant à prononcer des mutations sans remplacement. A ce sujet, il conviendra de s'en rapporter aux circulaires antérieures et notamment à celle du 5 avril 1916 nº 5395 1/11.

Par contre, il ne saurait être admis de restrictions à l'application de mes ordres, dans les limites rappelées ci-dessus, sous le prétexte, trop fréquemment invoqué, que les intéressés sont indispensables.

Je vous rappelle que seuls peuvent être considérés comme tels les militaires qui ont été déclarés *personnellement* indispensables et figurant à ce titre, nominativement, à l'article 1er des plans de remplacement. Les conditions très restrictives, qui définissent cette indispensabilité, sont formulées par l'Instruction sur le plan de remplacement annexée à la dépêche ministérielle nº 2290 1/11 du 5 février 1917, paragraphe a.

Sous cette réserve, toute demande présentée par un militaire appartenant à une classe et une catégorie (S. A. ou S. X.) normalement réservées pour être employées sur le territoire doit être prise en considération, en vue d'y donner satisfaction.

Il y a d'ailleurs lieu d'entendre par rapprochement du domicile non seulement l'envoi dans la localité même du domicile ou à proximité immédiate de cette localité, mais la désignation pour un emploi dans la région du domicile (région de leur choix, pour les militaires domiciliés dans les départements envahis).

Ces dispositions ouvrent la possibilité de donner satisfaction à un nombre élevé de demandes.

Les prescriptions en vigueur relatives à la destination initiale (en principe D. T. I. de la région du domicile) à donner aux hommes du S. X. retirés des armées, aux hommes du territoire versés dans le S. X. et aux sursitaires du territoire arrivés à l'expiration de leur sursis, sont en outre de nature à procurer aux régions des éléments de substitution et par suite, à augmenter le nombre des mutations

Petite Correspondance (Suite)

faut-il s'incliner ou protester ?

Le *Concours médical* s'est certainement occupé de la chose, mais en a-t-il parlé depuis la promulgation de la loi ? en tous cas cela m'a échappé.

Réponse. — La loi du 31 juillet 1917 a bien, en effet, établi un impôt sur le revenu des professions non commerciales, au nombre desquelles on ne peut nier que doit être comprise la profession médicale.

La déclaration du montant des bénéfices doit être produite dans les quatre premiers mois de chaque année.

Toutefois une déclaration spéciale n'est pas nécessaire quand le contribuable a produit une déclaration pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu contenant l'indication distincte du montant des revenus de sa profession.

A défaut de déclaration, le contrôleur invite le contribuable à la produire dans les 20 jours, passé ce délai l'imposition a lieu d'office. Dans ce cas, l'impôt est majoré de moitié.

Si donc vous avez fait une déclaration générale de vos revenus, indiquant à part vos revenus professionnels, vous n'avez qu'à y renvoyer le contrôleur.

Dans le cas contraire, vous devez faire cette déclaration des revenus professionnels, c'est-à-dire de votre bénéfice net de l'année 1917, constitué par l'excédent de vos recettes professionnelles totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de votre profession, le tout calculé suivant les règles que nous avons jadis exposées dans le *Concours médical*,

Dr L... à *Concours*. — Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire, en qualité de vieil abonné du *Concours médical*, si je dois répondre au contrôleur des contributions, qui me réclame le chiffre de mes bénéfices de guerre ?

Ce qui fait surtout la saveur de cette demande ! c'est que j'ai dix enfants vivants à nourrir et que mes bénéfices de guerre sont négatifs en réalité avec la cherté de la vie et le flot sans cesse croissant des assistés.

Le contrôleur me demande une réponse dans les 20 jours. Voudriez-vous me répondre dès qu'il vous sera possible ?

Ne pourriez-vous demander aux confrères députés de s'intéresser aux médecins chargés de famille, dont les *bénéfices* de guerre *ne peuvent être* qu'illusoires.

Suite page XXII.

Petite Correspondance (Suite)

Réponse. — Sont-ce bien vos bénéfices de guerre que veut connaître le contrôleur des contributions, et ne s'agit-il pas seulement de vos bénéfices professionnels de l'année 1917 en vue de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales ?

Nous posons cette question parce que nous savons que des déclarations de bénéfices professionnels ont été demandées dans plusieurs départements aux médecins.

S'il s'agit d'impôt sur le revenu, vous n'avez pas de déclarations spéciales aux bénéfices professionnels à faire, si vous avez fait une déclaration générale relative à l'impôt sur le revenu, comprenant, ainsi que le veut la loi, l'indication distincte du montant du revenu professionnel.

Dans le cas contraire, vous devez faire la déclaration spéciale de votre revenu professionnel, c'est-à-dire de l'excédent des recettes professionnelles totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de votre profession, calculé ainsi que nous l'avons expliqué autrefois dans le *Concours médical*. Le nombre d'enfants ne saurait avoir aucune influence sur les éléments de ce calcul. Il n'aura pour effet que de diminuer le montant de l'impôt.

Si, au contraire, ce que l'on vous demande est le chiffre de vos bénéfices, en vue du calcul de la contribution spéciale établie sur les bénéfices supplémentaires de guerre, vous devez d'abord protester, en principe, contre l'application de cette contribution au corps médical, application que nous n'avons cessé de combattre, et dont le principe n'est pas encore définitivement admis, malgré une décision de la Commission supérieure fonctionnant au Ministère des Finances. Cette décision, en effet, peut faire l'objet d'un pourvoi devant le Conseil d'État et les Sociétés de défense professionnelle, notamment le « Sou médical », s'en occupent.

Après cette protestation de principe, dont M. Catineau, notre Avocat Conseil, a donné des modèles dans le *Concours médical* du 1er février 1917, vous pourrez déclarer, si, comme nous n'en doutons pas, ce fait est réel, que vos vos bénéfices de l'année envisagés n'ont pas été plus considérables (et peut être même ont été moindres) que ceux des années immédiatement antérieures à la guerre.

Mais, dans ce calcul, le nombre d'enfants n'a rien à voir.

Les hommes seront autorisés à présenter des demandes où ils indiqueront plusieurs régions dans l'ordre de leur préférence. Ces demandes seront instruites dans l'ordre indiqué et les échanges seront effectués en tenant compte d'une part, de l'ancienneté des classes et, d'autre part, des charges de famille des postulants.

Il doit demeurer bien entendu que ces dispositions ne pourront, en aucun cas, être invoquées pour entraver la constitution de détachements ou les déplacements du personnel que viendrait à nécessiter une nouvelle répartition des besoins.

Si ces déplacements ne sont pas temporaires, les hommes ainsi déplacés pourront être ultérieurement rapprochés de leur domicile par mesure individuelle, par application des règles qui font l'objet de la présente circulaire.

Bien que la terminologie employée par le Ministre semble prêter à l'équivoque, puisqu'il parle tantôt des *hommes*, expression qui s'applique expressément aux hommes de troupe, sous-officiers, soldats, et tantôt des *militaires* expression qui englobe à la fois les officiers et assimilés et les hommes de troupe, la lecture attentive du document ne pourra pas laisser de doute sur l'espèce visée, à savoir l'homme de troupe.

Dans ces conditions, nous ne croyons pas que les médecins officiers du Service de Santé des classes et catégories envisagées soient fondés à réclamer pour eux le bénéfice de ces nouvelles dispositions.

Les allocations des officiers permissionnaires du front.

Sur la foi d'une note parue à l'*Officiel* il y a quelques mois, nous avions écrit que, désormais, les officiers, au cours de leurs permissions de détente, continueraient à percevoir leurs indemnités et allocations diverses du front.

La nouvelle, sous cette forme, et à cette époque, était prématurée et incomplètement exacte.

Il y avait cependant quelque chose en préparation, et ce quelque chose vient de nous être révélé par la grande presse, dans le communiqué suivant : « Pendant leur permission, les officiers ne peuvent prétendre aux vivres de campagne qui ne sont dus que pour les journées de présence aux armées.

Toutefois, un décret en instance prescrit, *à partir du 1er juillet* 1918, *le maintien de l'allocation spéciale des troupes du front aux officiers en permission de détente.* »

Cette allocation ne peut être, à notre avis que l'indemnité quotidienne de 2 frs, connue sous le nom d'indemnité pour usure d'effets.

Majoration des indemnités dues aux médecins civils requis par l'autorité militaire.

(*Décret du* 14 *août* 1918).

Art. 1er. — A partir de ce jour et jusqu'à la cessation des hostilités, les tarifs d'indemnités prévus à la notice no 2 annexée au règlement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur pour les médecins et pharmaciens civils requis d'assurer un service dans les formations sanitaires, détachements divers, postes isolés, etc., seront majorés de 75 p. 100.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre de la guerre, et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Ces indemnités, pour les médecins, ne pouvaient, quelle que soit l'importance du service assuré, dépasser 100 frs par mois, ou 1200 francs par an.

Leur maximum mensuel se trouve désormais porté à 175 frs.

On ne peut dire que ce soit là un tarif de faveur. Telle quelle cependant, cette majoration est une reconnaissance implicite de l'augmentation considérable du prix de la vie. Elle permettra au Corps médical non mobilisé d'obtenir le relèvement des tarifs de certains services publics, qui en sont encore demeurés à leur taux d'avant-guerre. Comme si la pomme de terre continuait à valoir deux sous la livre ! ! !

La récupération des effectifs.

Le Ministre de la guerre a revêtu de sa signature, à la date du 20 août 1918, une circulaire destinée à augmenter les garanties d'ordre médical dont doivent être entourées, dans l'intérêt de l'Etat comme dans celui des officiers en cause, la mise en non-activité (officiers de l'active) et la mise hors cadres (officiers de complément), pour raisons de santé.

Au lieu d'une simple visite et contre-visite passées chacune par un seul médecin, les intéressés devront dorénavant subir un examen (deux médecins) et une vérification (deux médecins), les dossiers étant soumis, en dernière analyse, à la commission consultative médicale du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé.

De plus, au lieu de pouvoir être maintenus dans leur position pendant trois ans, sans être visités, ainsi que le permet la réglementation actuelle, les officiers de complément

hors cadres pour raisons de santé seront, à l'avenir, soumis à un examen semestriel, dans les conditions actuellement réglementaires pour leurs camarades de l'armée active, en non activité pour infirmités temporaires.

Les nouvelles dispositions ci-dessus font partie d'un ensemble de mesures, dont le principe directeur est d'appliquer aux officiers de l'active, comme à ceux de complément, avec toutes les garanties désirables de part et d'autre, des mesures analogues à celles qui sont en vigueur pour les hommes de troupe, et qui tendent à réduire au minimum l'indisponibilité physique.

La classe de départ des veufs avec enfants.

On sait que les officiers du Service de Santé, veufs avec enfants sont catégorisés dans la classe de mobilisation immédiatement antérieure à celle à laquelle ils appartiendraient, compte tenu par ailleurs du nombre de leurs enfants.

Le Sous-Secrétaire d'Etat vient d'étendre le bénéfice de cette mesure aux médecins auxiliaires, dentistes militaires et adjudants des sections d'infirmiers militaires.

Question et réponse militaire.

22917. — M. Charles Bernard (Seine), député, demande à M. le ministre de la guerre si les médecins auxiliaires, pharmaciens auxiliaires et dentistes militaires du service auxiliaire de la R. A. T. ont droit, conformément aux circulaires ministérielles des 1er février 1916 et 3 avril 1915, d'être mobilisés sur place ou le plus près de leur domicile comme les sous-officiers du service auxiliaire auxquels ils sont assimilés. (*Question du 27 Juin 1918.*)

Réponse. — Réponse affirmative, sous réserve des nécessités du service.

J. O., 3 août 1918.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

La lutte contre les Tuberculeux.

par le Dr René MAUPETIT,
Aide-major du Service d'oto-rhino-laryngologie de la 18e Région.

Le même cri d'alarme que nous entendons depuis de nombreuses années est poussé de plus en plus et de plus en plus fort : gare à la Tuberculose ! Luttons contre la Tuberculose !

La terrible période que nous vivons en ce moment, fait prendre en effet à cette maladie, les proportions d'un fléau qui menace de devenir de plus en plus redoutable. La Tuberculose, à côté de la syphilis, va être demain, à la suite du fer et du feu, le grand destructeur. Il est temps de trouver le remède, le moyen d'éteindre ou au moins de limiter l'incendie et de l'empêcher de se propager.

Tout le monde sait cela, tout le monde s'en occupe, mais tout le monde est de plus en plus inquiet, car on se sent, malgré tout, impuissant et débordé par le mal envahisseur.

Considérant la prophylaxie de la Tuberculose, on a esquissé un geste d'énergie : on a empêché en partie la consommation de l'alcool ; puisse le retour des campagnes électorales ne pas compromettre ce qui aura été acquis en ce sens ! Malheureusement cela n'est pas tout, c'est même peu. Si on s'efforce d'empêcher la préparation du terrain, il faut en même temps et surtout, empêcher la semence d'y tomber ; il faut empêcher le tuberculeux de propager ses bacilles. En cela consiste tout le problème, il s'agit de trouver la vraie solution.

Je n'insiste pas sur la valeur des placards, quelque grands qu'ils soient, qui invitent les gens à ne pas cracher par terre. Tout le monde en connaît le piètre résultat. On a alors songé que le tuberculeux continuait à cracher dans les rues, sur le parquet des salles publiques ou de ses appartements, le plus raffiné dans son mouchoir, parce qu'il ne savait pas ; il n'a pas compris ce qu'est un bacille et la façon dont il se propage. Il ne faut pas lui en vouloir ; éduquons-le, apprenons-lui qu'il est dangereux pour son entourage, montrons-lui avec précision comment on recueille et stérilise les crachats ; nous serons sûrs que notre pauvre malade, inquiet sur la santé de ses semblables et encore plus des siens, ne sera plus dangereux, qu'il mourra sans avoir contaminé d'autres personnes ; d'autre part, en lui apprenant à isoler et à détruire ses bacilles, apprenons-lui à se soigner, à faire de la chaise longue, à s'alimenter ; aidons-le à faire tout cela ; alors tout sera fait, le maximum de tuberculeux guérira, le minimum de contagion existera. A l'ouvrage ; vite des hôpitaux sanitaires ; les malades y rece-

vront pendant deux ou trois mois une éducation soignée de la part de spécialistes éminents; ils partiront de là chez eux avec, dans leur poche, tout ce qu'il faut pour avoir les plus grandes chances de ne contaminer personne et même de guérir peut-être ; là on continuera encore à les surveiller, à les conseiller, à les soigner, à les secourir. Et c'est là le dernier raisonnement, pour ne pas dire le dernier cri.

Cette belle philantropie est très bien, ces beaux sentiments à l'égard des tuberculeux sont très louables, mais le résultat sera je crois navrant : des millions de moins et de nombreux tuberculeux de plus. On s'engage dans un mauvais chemin qui ne conduira jamais au but. Je suis fermement convaincu qu'il n'y a qu'un seul moyen d'arrêter l'envahissement progressif de la tuberculose : c'est d'entreprendre une lutte acharnée contre le tuberculeux lui-même.

Avant de dire mon avis en détails et pour ne pas être accusé de brutalité, je tiens à dire que je suis moi-même susceptible d'être mis au régime que je vais préconiser : il y a un an et demi en effet, j'eus le malheur, victime d'une série de circonstances, de contracter une tuberculose pulmonaire aiguë très grave (maintenant en bonne voie de guérison). Je suis resté neuf mois dans un hôpital sanitaire, puis j'ai vécu souvent parmi des tuberculeux ; j'eus tout le temps de regarder autour de moi et de méditer ; c'est le résultat de mes observations que je veux dire ici.

Pourquoi faut-il lutter contre le Tuberculeux ?

Il faut lutter contre le Tuberculeux parce qu'il est essentiellement nuisible et qu'il le sera toujours si on n'agit pas. Aujourd'hui, il contamine son entourage par ignorance ; demain, quand on l'aura instruit, quand on lui aura appris la nocivité de ses crachats, il le contaminera encore par indifférence et souvent volontairement pas jalousie, méchanceté et désir de nuire.

Je considère le Tuberculeux comme plus redoutable qu'un vulgaire criminel et c'est là surtout ce que je veux dire ici. Le criminel est découvert à ses premieres victimes ; ses méfaits se borneront à la suppression d'un ou deux êtres ; il sera ensuite mis dans l'impossibilité de nuire. Le tuberculeux, lui, empoisonnera plusieurs personnes, souvent tout son entourage ; chaque nouveau contaminé deviendra un nouvel empoisonneur, capable de faire de nombreuses autres victimes, et ce, malgré la stricte application des idées actuelles, malgré l'éducation soignée et complète dont chaque malade aura été l'objet, malgré les secours en argent, malgré les bons de viande, malgré les Dames visiteuses et leurs conseils, malgré les crachoirs largement distribués, malgré tout, tout ! Voyons en effet quelle est la mentalité du Tuberculeux, dans la proportion d'au moins 90 %, voyons avec quel esprit il considère la société en général et son entourage en particulier.

Daremberg, dans la psychologie qu'il fait du tuberculeux (1), reconnaît à un moment donné, que la moitié des tuberculeux a mauvais cœur ; ceux-là continuent à cracher partout « ils savent qu'ils peuvent contagionner leurs parents, leurs domestiques, mais cela leur est bien indifférent, ils n'ont pas de cœur », et c'est tout ou à peu près, l'auteur n'insiste pas davantage ; à côté de cela, pendant plusieurs pages, il fait un magnifique portrait du bon tuberculeux, il l'idéalise, le poétise, chante ses louanges : « Le « teint du cœur des tuberculeux est tendre, « mais que de nuances ! elles sont infinies... « prêt à rendre tous les services, à soigner ses « compagnons de maladie et d'infortune mo« rale, il sait se sacrifier ; quelquefois il en « meurt..., le tuberculeux la sème à pleines « mains cette affection du passant... » Bref, on serait presque fier d'être tuberculeux ; en tout cas, l'entourage du malade, en lisant cela, est fortement encouragé à le garder, à en désirer la présence, espérant toujours que demain apparaîtront ces beaux sentiments qui rendront si touchante et si agréable la présence de ce cher tuberculeux, dont le cœur va prendre la teinte du tendre, à quelque nuance près ; et, pendant ce temps-là, des bacilles sont copieusement distribués et absorbés.

Quant à moi, je suis tout prêt à crier le contraire aux familles, à leur dire : « Attention ! vous avez chez vous un tuberculeux ; ne le gardez pas ; il est dangereux, il est méchant, ne s'intéresse pas du tout à vous, il ne craint pas de vous contagionner, il le désire peut-être ».

A mon avis, il n'y a pas des bons et des mauvais tuberculeux ; simplement, il existe un moment où le malade devient ou redevient tendre, aimant, où il désire le bien de son entourage, mais c'est que lui-même est sur le point de ne plus être tuberculeux, c'est qu'il va mieux qu'il se croit sauvé ; il reprend goût à la vie, il trouve tout agréable, tout riant autour de lui ; tout est bien et beau dans le meilleur des mondes ; il déverse sa joie et sa bonté sur tout son entourage ; il devient d'un commerce agréable, il est aimable. C'est alors qu'il est le bon tuberculeux ; non seulement il ne désire plus contaminer ceux qui l'entourent mais il craint de le faire ; il est heureux, il n'est donc plus jaloux du bonheur des autres ; il a recouvré la santé ou il le croit, il ne déteste plus celle des autres. Il s'aperçoit maintenant des soins dont il est entouré, il en est touché ; alors il est tendre,

(1) Daremberg. — De la tuberculose pulmonaire, pronostic, diagnostic, traitement.

très tendre, oui ! Mais l'autre à côté, voyons ce qu'il est ; et l'autre, c'est celui qui ne guérit pas et qui ne croit pas guérir, qui va de plus en mal ; et malheureusement il est beaucoup plus fréquent que le premier. Je laisse pour le moment de côté le déséquilibré qui, sachant sa maladie et convaincu qu'il a peu à vivre se tue en quelques mois, de débauche et de noce, tout en distribuant largement ses bacilles.

Dès que le malade sait qu'il est tuberculeux, il devient triste, il est désolé, souvent désespéré. Déjà le voilà qui accapare tout son entourage, ses amis, son médecin ; déjà et quoiqu'il en dise, il cherche des paroles encourageantes, des promesses de soins assidus, des promesses de guérison. On les lui donne, on l'en abreuve et on commence à l'installer dans tout le bien-être possible, pour tâcher de lui faire oublier ce terrible mal qui sera si long. A partir d'aujourd'hui, on s'efforcera de lui procurer tout ce qui peut lui être utile ou agréable ; on lui évitera le moindre ennui, la moindre contrariété et tout cela au prix de combien de sacrifices ! Lui, accepte tout cela sans y prendre garde, comme une chose bien due ; il en remercie quelquefois les auteurs, mais surtout pour les encourager à continuer et à faire davantage encore. Il s'habitue rapidement à ce confort et à ce bien-être relatif, mais bientôt, et c'est humain, il ne s'en aperçoit plus, il demande davantage et très vite il demandera l'impossible. Alors vont commencer les déceptions, les contrariétés ; et puis, il ne va pas mieux, il sent que peu à peu ses forces s'en vont ; il devient grincheux, exigeant, égoïste, s'habitue à ne considérer que lui, puis, bien vite, ne pouvant plus se procurer aucune satisfaction, ne pouvant plus éprouver aucun plaisir, désespérant de voir jamais revenir sa santé, il devient le vrai tuberculeux, le tuberculeux dangereux : par une sorte de compensation, de balance, il désire ne pas voir les autres gais, puis veut leur voir de la tristesse, du malheur ; enfin il est jaloux de leur santé, il voudrait leur voler et bientôt, quoiqu'il sache qu'il ne peut pas en profiter, il désire tout de même qu'ils ne l'aient plus, il cherche à les en priver. « Je suis bien malade moi, pourquoi les autres ne le seraient-ils pas ». « Je vais bien crever moi, pourquoi les autres ne crèveraient-ils pas ». Voilà ce qu'il pense et voilà souvent même ce qu'il dit. D'autant plus que ces autres ne lui procurent plus de nouvelles satisfactions et qu'il les accuse de négligence, d'ingratitude, d'indifférence. Il les rend responsables des progrès de son mal, il leur en veut, il les déteste.

Je sais bien qu'il est d'humeur très inégale et que parfois, à propos d'un petit incident : un degré de température de moins, cent grammes de repris à la pesée, quelques crachats de moins, le voilà presque heureux, presque doux, presque tendre. Malheureusement ces rares instants ne servent qu'à le faire prendre en pitié par les siens, qui, en général, l'excusent de tout, lui pardonnent tout ; ce sont des êtres remarquables de dévouement et le plus souvent le médecin traitant ne s'imagine pas les tortures de toutes sortes qu'endure ainsi une épouse, une mère auprès de son malade, avec quelle abnégation, quel sacrifice, elle supporte tout en silence, même ce qui constitue un véritable danger pour sa propre santé.

Pour achever et en sorte de conclusion à ce chapitre, je vais rapporter quelques faits parmi les très nombreux que j'ai observés. J'ai connu un tuberculeux d'éducation moyenne et de bonne instruction, qui, du jour où il a cru qu'il ne guérirait probablement pas, a très vite ajouté à l'égoïsme qu'il avait, une indifférence absolue pour son entourage, puis du mépris et son désir net de nuire. Il a exigé à plusieurs reprises de la part de la personne qui le soignait et qui l'aimait beaucoup qu'elle but à son verre ; qu'elle mangeât ses restes ; il fallait qu'avec un coin de serviette elle lui enlevât les crachats de la bouche et si elle n'était pas assez vigilante il les lui envoyait sur elle, alors qu'il avait encore très bien la force de prendre lui-même son crachoir. Malgré les recommandations faites, il crachait dans la cheminée, sur son tablier ou sur le bois qui s'y trouvait ; tout cela en niant du reste que ce fut vrai et alors qu'il savait très bien le danger qu'il faisait ainsi courir à la personne qui s'occupait du feu. Bref c'était le type du tuberculeux des plus dangereux et malheureusement ils sont dans ce genre plus nombreux qu'on le croit.

Voilà ce qu'il faut empêcher à tout prix, voilà ce qu'il faut éviter, et on n'y arrivera que par une surveillance rigoureuse du tuberculeux et par une discipline sévère à laquelle on l'aura habitué dès le début. Il est évident que cela n'exclut pas la grande bonté, la douceur, la patience qu'il faut apporter dans la façon de soigner les tuberculeux.

Comment surveiller le tuberculeux ? — Il n'y a je crois qu'un moyen de surveiller efficacement le tuberculeux et de l'empêcher de nuire, c'est de le retirer, dès le début, de la vie ordinaire, d'une façon complète et définitive ; on ne l'y rendra que lorsqu'il ne sera plus contagieux. Il se laissera vivre, retiré du monde, dans un coin spécialement aménagé pour lui et ses compagnons de maladie ; tout y aura été prévu pour son bien-être et sa guérison, en même temps que pour la sécurité de la santé de son entourage. Ce tout constitue évidemment beaucoup de qualités que devra avoir le sanatorium ; en voici je crois les principes :

1° Il sera fait pour cent cinquante malades

au maximum, de façon à rendre plus facile la surveillance, l'approvisionnement et l'entretien ;

2° Il sera établi à 10 kilomètres au moins de toute ville pour ne pas avoir de tentations de sortir ;

3° Y seront adjoints : un petit parc, un jardin potager, une basse-cour, des ateliers divers, des salles de réunions, de jeu, de distractions variées, de lecture ;

4° Le tout sera clôturé d'une façon très sérieuse ;

5° Les malades, quelle que soit leur condition sociale, y seront soumis à une discipline très sévère ; il y aura un règlement qui, pour une fois, ne sera pas comme les règlements habituels, c'est-à-dire qu'il sera appliqué à la lettre. Chaque malade aura strictement fixé son emploi du temps pour la journée, il n'agira qu'au signal ; aux heures de loisir du reste, chacun trouvera selon ses goûts et ses capacités, de quoi s'occuper, se promener ; il recevra des visites, mais lui ne sortira jamais ;

6° Des sanctions seront appliquées aux récalcitrants : il y aura toute une graduation de punitions, depuis la réprimande publique jusqu'à l'enfermement dans un local spécialement affecté à cela.

Il est évident qu'à la tête d'un semblable hôpital devra être mis un médecin compétent et consciencieux ; avant d'y entrer et pour y rester, il faudra qu'il aime son métier, qu'il aime son hôpital, qu'il aime ses malades. Sa sévérité devra être doublée d'une grande bonté. Il devra de plus ne voir qu'avec ses propres yeux ; un conseil que je me permets de lui signaler dès maintenant, c'est qu'il faudra qu'il veille bien à ce que son personnel ne profite pas de l'esprit de discipline de la maison, pour exploiter les malades, les voler même, mettant toutes leurs réclamations sur le compte de leur méchanceté, bien excusée du reste. Je crois que le meilleur moyen serait de demander au médecin, non pas seulement de manger la même cuisine que ses malades, mais à la même table, ou au moins au même réfectoire ; si le sanatorium était bien tenu, cela ne présenterait du reste aucun danger pour lui.

Je profite de l'occasion pour crier encore avec le Dr Leredde : surtout que ce médecin ne soit pas un fonctionnaire. Il serait nommé par ses confrères du département et serait en quelque sorte sous leur surveillance, chaque médecin ayant le droit de venir officiellement visiter le sanatorium.

Pour appliquer ces mesures de traitement, la déclaration de la tuberculose serait obligatoire et nul ne pourrait se soustraire à l'hospitalisation, quelle que soit sa situation sociale ou de fortune.

Je crois qu'il serait nécessaire qu'il y eût des sanatoriums de plusieurs classes, à des prix évidemment différents ; les dépenses seraient à la charge du malade, toutes les fois que sa situation de fortune le permettrait.

Isolons donc tous les tuberculeux, ne les perdons jamais de vue, c'est d'abord un grand service à leur rendre, c'est je crois le plus sûr moyen de les guérir, et ne serait-ce pas la seule façon d'empêcher la propagation de leur terrible maladie ?

Mais qu'est-ce que cela coûtera ? ! ! ? Je n'en sais rien. Est-ce qu'on s'occupe de ce que coûtent les obus pour chasser l'ennemi du sol de la Patrie ? Non. Alors ? (1).

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Le tarif Dubief.

Notre confrère, le Dr Chevalot, me prend à partie, dans le *Concours* du 15 août, à propos d'un article que j'avais fait sur « *Le tarif Dubief et les médecins de campagne* » dans le *Concours* du 1er juillet.

J'ai grand peur que notre excellent confrère n'ait fait que parcourir superficiellement l'étude, sans doute trop longue, que j'avais faite du Tarif Dubief. Il ne s'agissait pas d'un plaidoyer pro domo ni de récriminations personnelles. Nommé en 1911 par le ministre Léon Bourgeois, sur présentation de l'Union, comme le représentant, à la Commission du Tarif Dubief, des médecins de campagne, j'ai voulu, disais-je dans cet article, « me plaçant au point de vue « particulier du confrère de campagne :

« 1° Montrer à quoi répond exactement ce « tarif.

« 2° Faire un aperçu de son histoire mouve- « mentée, à travers les commissions successives « qui s'en occupèrent (historique qui n'avait « pas encore été fait et m'a paru devoir être « parfois utile à consulter dans l'avenir).

« 3° Démontrer que pour le médecin de cam- « pagne c'est un tarif de famine...

« 4° Voir, en attendant la fin de la guerre, ce « qu'on pourrait demander d'urgence. »

Or, dit le Dr Chevalot, « ce réquisitoire serait « impressionnant si ce tarif devait être appliqué « obligatoirement à tous les accidents par tous « les médecins. » Et il me démontre obligeamment... précisément ce que j'explique dans le paragraphe intitulé « A quoi répond le tarif Du-

(1) Bien que nous soyons certains par des faits d'observation personnelle de la méchanceté de beaucoup de phtisiques incurables, nous ne pouvons admettre avec le docteur Maupetit la résurrection des léproseries au XXe siècle. Nous devons à la médecine sociale de trouver mieux. — J. N.

bief », c'est-à-dire que celui-ci ne représente que la part due par le patron au médecin choisi par l'accidenté.

Triomphalement alors, il ajoute : « Dans ces « conditions, confrère Decourt, puisque vous « êtes mécontent du tarif Dubief, pourquoi l'ap« pliquez-vous ? Soignez vos accidentés au tarif « normal, régional, à la visite et surtout présen« tez votre note au blessé lui-même et non à « l'assurance ou au patron. »

Il y a des années et des années que nous lisons, dans le *Concours*, de présenter toujours sa note au blessé lui-même. Votre recommandation, confrère, part d'un bon naturel et je ne vous en remercie pas moins. Quant au tarif à employer ; c'est autre chose. Libre à ceux qui LE PEUVENT de se faire payer le tarif régional par l'ouvrier qui *rajoutera de sa poche une somme d'argent*, en sus des honoraires payés par le patron. Je ne sais si beaucoup de confrères jouissent d'une telle faveur... pratiquement parlant et en dehors de belles phrases de journaux — mais j'ai trop reçu, depuis de longues années, de lettres de confrères de campagne, se plaignant de ce tarif pour ne pas avoir cru de mon *devoir* de faire l'exposé, le « réquisitoire » qui offusque le Dr Chevalot et sur lequel il serait trop long de revenir en détail.

Une remarque toutefois : Notre confrère dit que le Tarif Dubief, étant « à la visite, a été « pour nous une grosse conquête..., ne risquons « pas de compromettre l'existence de ce nou« veau-né encore débile par des réclamations « intempestives et répétées. » Un nouveau né âgé de plus de 13 ans, confrère, peut fort bien présenter des crises de croissance alors qu'il est toujours enserré dans les mêmes langes.

Un complet pour adolescent, même rafistolé, quelque peu, ne me semblerait pas hors de saison... Insisterons-nous sur ce point ? La pièce de cent sous est-elle de même valeur en 1905 et en 1918 ?

Quant au « risque de compromettre l'existence » du tarif par un chambardement intempestif, j'y avais si peu songé que je disais dans cet article : « Remettre *tout entier* en discussion « ledit tarif dans son principe et sa texture « même serait *illogique* et *dangereux* », deux mots soulignés que j'expliquais ensuite longuement pour en arriver à conclure que la valeur de l'argent ayant diminué depuis la guerre, nous pouvions légitimement demander (ainsi que l'ont fait avec succès les pharmaciens) que, sans autre modification : « *Les prix du tarif actuel soient majorés de* 40 % ». Décidément, cher confrère, vous n'avez pas lu ma prose avant de partir en guerre.

Au reste, pourquoi se tourmenter de tout cela désormais ? Le mieux que je réclame n'est-il pas en route ? Nos confrères de campagne ne seront-ils pas tous satisfaits d'ici peu ? Voici comment termine le Dr Chevalot :

« Nous verrons dans un prochain numéro « qu'il y a mieux à faire. »

Que pourrais-je ajouter ?... Saluons cette phrase prophétique et grosse de félicités.

Dr Fernand DECOURT.

LA VIE SYNDICALE EN PROVINCE

I

L'A. M. G. en Saône-et-Loire.

Mon cher Directeur,

Voulez-vous me permettre de vous mettre au courant des nouveaux tarifs de l'Assistance publique en Saône-et-Loire ?

Depuis quelques années la consultation aux indigents était tarifée 1 fr. et la visite 2 fr. plus 0 fr. 75 par kilomètre aller et retour.

En 1916 les Présidents des Syndicats adressèrent une réclamation au Conseil Général. On leur répondit par une fin de non-recevoir ; c'est-à-dire ajournement de toute révision jusqu'à la fin des hostilités. En 1918, le bureau des Syndicats adresse une nouvelle requête très motivée. Grâce au docteur Chavet, secrétaire-général de la fédération des syndicats de Saône-et-Loire, nous obtenons une majoration globale de 50 %. Ainsi une note de 100 fr. était ipso-facto portée à 150 fr. et même avec rappel pour les notes de 1917 : c'est vous le voyez une amélioration sensible.

Le service des *évacués rapatriés* qui avait été accepté au tarif départemental n'était pas compris dans cette majoration de 50 % sous prétexte qu'il ne dépendait pas du même budget — l'état au lieu du département.

Nouvelle réclamation du bureau et finalement gain de cause — mais chinoiserie — les vaccinations et revaccinations ne sont pas modifiées et restent au tarif antérieur. Jusqu'à quand fera-t-on payer au corps médical la plus grosse part des frais d'assistance ? Alors que le prix de la visite est de 5 fr., pourquoi demande-t-on au corps médical de le tarifer 3 fr. et alors que le prix du kilomètre est de 2 fr. pourquoi ne leur payer que 1 fr. 12 ? Cherchez un conducteur à ce tarif ! ne serait-il pas plus équitable de tarifer au prix ordinaire avec diminution de tant pour %, 10 ou 20 ?

Bien votre, Dr D.

II

L'A. M. G. en Savoie.

Mon cher Confrère,

En Savoie, le tarif kilométrique pour l'Assistance médicale gratuite a été porté par le Con-

seil Général, à partir du 1er janvier 1918 de 0,40 c. en plaine à 0,75 le kilomètre, de 0,75 en montagne à 1 fr. le kilomètre.

Ce n'est pas sans peine que ce résultat a été obtenu.

Je crois que notre confrère de Champeaux se trompe, lorsqu'il dit page 749 du *Concours médical* : « D'un trait de plume de l'administration, les réfugiés ont été admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite ; on a doublé le service de ces médecins sans même songer à augmenter le traitement qu'ils avaient avant la guerre. »

Le service médical des réfugiés est indépendant du service de l'assistance médicale gratuite. Le seul point de contact est que le tarif de l'assistance lui est applicable. Le médecin du bureau de bienfaisance n'est pas tenu, sur son traitement de médecin du bureau de bienfaisance, de soigner les réfugiés. Il touche un traitement à part et suivant le tarif départemental d'assistance médicale gratuite. Les choses se passent ainsi dans mon département.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Dr A.

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins civils requis et largesses administratives.

Jusqu'ici en vertu d'un réglement suranné les médecins requis avaient droit à une indemnité de 3 francs par jour. Réjouissez-vous, confrères, depuis le 14 août 1918 cette indemnité est majorée de 75 %. Vous toucherez désormais 5 fr. 25. L'administration, après mûre réflexion, a trouvé que payer un médecin 3 fr. alors que sa secrétaire touchait 3 fr. 50 c'était un peu trop fort, d'où l'augmentation décrétée.

Pourquoi ne donne-t-on pas à un médecin requis qui assure le service d'un médecin militaire le traitement de ce dernier ? Aujourd'hui, il n'y a pas de journalier à la campagne qui touche moins de 8 francs, le médecin requis devra, lui, se contenter de 5 fr. 25 par jour. (1) Ainsi l'a décrété le sous-secrétariat d'état au Service de santé.

Le décret visant cette indemnité a été pris le 14 août dernier mais il n'a pas d'effet rétroactif. Ainsi un confrère qui aurait été requis en juillet touchera 3 fr. par jour. Quelle dérision ! Notre gouvernement a peur de l'ouvrier d'usine, aussi l'attache-t-il pas des chaînes d'or ; il se méfie du cultivateur, aussi lui paie-t-il son blé le double de sa valeur ; mais il n'a cure du médecin. Celui-là, il l'enchaîne avec des chaînes de fer et là en pleine guerre. Que sera-ce après ?

Dr X.

(1) N. D. L. R. — Cette comparaison est spécieuse : le journalier reçoit un salaire de 8 francs pour la *totalité* du travail de sa journée ; le médecin civil requis reçoit une indemnité de 5 fr. 25 pour les 2 ou 3 heures qu'il consacre au service militaire qu'il doit assurer, mais conserve la libre disposition du reste, de la journée pour ses occupations personnelles. Gardons-nous des argumentations erronées qui se retourneraient contre nous quand nous voudrions baser sur elles une réalisation.

LÉGISLATION

Loi du 14 août 1918 rendant obligatoire la vérification et le contrôle des thermomètres médicaux.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Dans un délai de neuf mois à partir de la promulgation de la présente loi, aucun thermomètre médical ne pourra être livré, mis en vente ou vendu sans avoir été soumis à une vérification préalable.

Chaque instrument devra porter le nom du constructeur et sera, après vérification, muni d'un signe constatant l'accomplissement de cette formalité et la date à laquelle elle a été accomplie.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions requises des thermomètres médicaux, le mode de vérification et le contrôle auquel ils sont soumis, les droits à percevoir et, d'une manière générale, toutes les mesures nécessaires pour l'application de la présente loi. Ce règlement devra intervenir dans les trois mois qui suivront la promulgation de la présente loi.

Art. 3. — Les contraventions à l'article 1er de la présente loi et au règlement d'administration publique seront punies des peines portées à l'article 479 du code pénal. L'appareil sera saisi et confisqué. En cas de récidive réalisée dans les conditions prévues à l'article 483 du même code, la peine sera de cinquante francs (50 fr.) à cent francs (100 fr.).

Art. 4. — Indépendamment des contraventions visées à l'article 3, lorsqu'un thermomètre médical, mis en vente ou vendu sans les signes du contrôle prévus à l'article 1er, aura été reconnu inexact à plus de 0,2 de degré, le vendeur ou détenteur responsable sera passible, en cas de mauvaise foi constatée, des peines prévues par l'article 1er de la loi du 1er août 1905 et, dans le cas contraire, des peines prévues par l'article 13 de cette même loi.

Les mêmes peines seront applicables au vendeur ou détenteur responsable dans le cas où l'appareil livré ou mis en vente avec les signes du contrôle prévus à l'article 1er aura été reconnu inexact à plus de 0,2 de degré, à moins qu'aucune négligence ne lui soit personnellement imputable.

Dans le cas d'apposition d'une fausse marque sur un appareil, les articles 142 et 143 du code pénal seront applicables. En toutes circonstances, les appareils reconnus inexacts seront saisis et confisqués:

L'article 463 du code pénal et la loi du 26 mars 1891 sont applicables aux auteurs des infractions visées au présent article.

VARIÉTÉS

La question du baptême des enfants nouveaux-nés.

L'autorité ecclésiastique vient de prendre une décision fâcheuse au point de vue médical; elle a supprimé pour ainsi dire, le baptême des nouveaux-nés à domicile, ne l'admettant que dans le cas de danger de mort, où la présence d'un prêtre n'est pas indispensable et où toute personne de bonne volonté peut l'administrer. Autrement dit, par n'importe quel temps et dans n'importe quelle saison on sera obligé de transporter l'enfant à l'église pour accomplir cette cérémonie et on ajoutera une cause de plus à la mortalité infantile.

L'immense majorité des français considérant cette coutume comme indispensable, il est nécessaire de montrer les inconvénients de la nouvelle pratique.

Le droit canon, paraît-il, admet deux espèces de baptême : le *baptême privé*, dit encore ondoiement qui se fait à domicile peu de temps après la naissance de l'enfant et le *baptême solennel*, qui se fait à l'église. Le premier ne dispense pas du second, mais ce dernier peut être différé pendant quelques jours, quelques semaines et même quel ues années, tant que les circonstances ou les convenances de la famille l'exigent.

Nous n'avons pas l'intention de discuter les raisons qui ont fait supprimer la première espèce de baptême ; la question religieuse ne nous regarde pas ; mais il y a eu certainement des abus sur le retard donné à cette seconde cérémonie, et c'est à l'autorité ecclésiastique qu'il appartient de prendre des mesures pour que les abus ne se renouvellent pas.

Il n'en est pas moins vrai que cette sortie intempestive de l'enfant peu de jours après la naissance ne peut avoir qu'un mauvais résultat dans la saison rigoureuse.

Les parents auront le désir de faire admettre le plus tôt possible leur progéniture dans le sein de l'Eglise Catholique, le baptême étant la consécration de cette entrée ; d'ailleurs la loi religieuse leur en fait une obligation.

Mais, dans nos pays, le temps est froid et humide pendant les trois quarts de l'année : l'été n'est pas toujours une saison favorable comme elle devrait l'être, et l'on va de gaieté de cœur exposer l'enfant à des causes certaines de maladie et peut-être de mort.

La mortalité des enfants est excessive dans la première année ; on prétend que la moitié des enfants meurt avant la seconde année. En dehors des maladies déclarées pour lesquelles on appellera le médecin, il y en a d'autres que l'on ne connaît pas et qui peuvent emporter l'enfant à un moment où personne n'est à côté de lui.

Si vous faites sortir l'enfant pendant les jours qui suivent sa naissance, cette cérémonie sera l'occasion d'une fête ; la famille s'arrêtera chez les parents, chez les amis, dans les débits; l'enfant passera un certain temps dehors, du froid au chaud, du chaud au froid, la route sera longue, surtout à la campagne pour revenir. Comment veut-on qu'il ne rentre pas malade ?

Après quelques semaines, quelques mois d'existence, l'enfant sera plus fort, plus vigoureux. On pourra choisir un beau temps pour le faire sortir et la seconde cérémonie pourra s'accomplir avec plus de sécurité.

Je sais bien qu'actuellement la plus grande partie du clergé est à l'armée et que les prêtres des diocèses assurent difficilement leur ministère ; que c'est une lourde fonction d'assurer ce service d'endoiement dans les maisons, les villages plus ou moins éloignés, services compensé par quelques avantages légitimes qui aident le prêtre à vivre dans les temps difficiles que nous traversons.

Il eût été préférable de ne pas rendre cette mesure définitive, on devait la déclarer provisoire, bornée aux circonstances de la guerre et la supprimer après les hostilités ; mais le clergé devait prendre ses mesures pour éviter les abus, s'adresser à la conscience des médecins, leur demander un certificat en cas de nécessité, être juge de l'opportunité de l'ondoiement suivant la saison. On ne peut pas s'imaginer ce que le baptême privé a sauvé d'existences.

Dr DE CHAMPEAUX.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 20 — 15 OCTOBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914).

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)



NÉOLIDES
(Comprimés réservés exclusivement aux injections vaginales.)
TOXIQUE
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
NÉOL
(Ozone naissant)
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
Non Toxique
BRULURES
ULCÉRATIONS
CUTANÉES & MUQUEUSES
ANGINES
MÉTRITES
PRÉPARÉ PAR H. BOTTU
PHARMACIEN SUPÉRIEUR
FLACON de 380 gram 3f 50 NET
FLACON de 125 gram 2f NET
COMPRIMÉS
POUR L'USAGE EXTERNE
GYNÉCOLOGIQUE
PRIX
NÉOLIDES H.B
SOINS
DE LA FEMME
LABORATOIRE DU NÉOL
9 Rue Dupuytren PARIS
GUILLAUME ET HUOT PARIS
Néol, 9, rue Dupuytren. Paris.

Quarantième année **N° 20** 15 Octobre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
L'épidémie de grippe et la prophylaxie. La nécessité de réglementer par une loi l'industrie du logement... 891
A propos de la démilitarisation du Service de Santé. 892

Partie Scientifique

Clinique médicale.
Séméiologie physique et séméiologie chimique du foie, par M. le professeur A. Chauffard 894

Revue des Sociétés Savantes.
Le travail agricole, comme cure des séquelles de blessures. — La cyanamide et les boissons alcooliques. — Les douches d'air chaud contre les brûlures par l'hypérite. — Un dynamomètre buccal. — Les hautes et les faibles doses médicamenteuses. — L'émotion et la commotion. — L'avion radio-chirurgical (aéro chir.). — L'extraction des projectiles en lumière rouge sous le contrôle radioscopique. — Appareil auto-déverseur destiné à perfectionner l'application de la méthode de Carrel. Résection de la hanche........................ 899

Hygiène alimentaire.
Tomates et confitures salicylées, par le docteur E. Crouzel.. 903

Bibliographie.
Le laboratoire et le praticien : I. Précis des examens de laboratoire. II. Les diagnostics biologiques en clientèle — Recherches sur le tremblement. — La pratique des manipulations urologiques. — Traitement du tabès (méningomyélite syphilitique postérieure)............................ 904

Notes de pratique quotidienne.
Le diabétique et son régime............................ 909

Correspondance

L'aptitude restreinte des chirurgiens. — Le paludisme blessure de guerre. — La mise en congé des vieux R. A. T. — L'aptitude restreinte est-elle définitivement acquise ? — L'Algérie est-elle zone des armées ? — La relève des médecins R. A. T. — Le roulement des médecins à l'avant. — Le 2e échelon de solde après 4 ans de grade. — La solde des médecins auxiliaires et des sous-aides-majors.. 910

Le Livre d'Or du Corps Médical Français.
Mort au champ d'honneur professionnel. — Une belle série de citations............................ 916

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité : La réclamation est un droit absolu.. 917

Documents officiels.
A l'*Officiel* : Questions et réponses 926

Partie Professionnelle

La lutte contre la tuberculose. — Les tuberculeux à l'armée.. 927

Variétés.
« Le cafard ».. 934

PROPOS DU JOUR

L'épidémie de grippe et la prophylaxie. La nécessité de réglementer par une loi l'industrie du logement.

La grippe, qui est bien naturalisée espagnole, si telle n'est pas son origine, puisque le Roi Alphonse XIII vient de la contracter, sévit sur tout le territoire et même sur l'Europe entière. Les agglomérations urbaines sont plus sévèrement frappées.

Depuis quelques semaines, Paris, qui jusqu'alors avait été peu éprouvé, compte les malades par milliers ; ceci ne saurait nous surprendre; la recrudescence de l'épidémie a coïncidé avec le retour en masse des émigrés parisiens que la crainte des bombardements avait fait fuir en province et qui représentaient au moins un tiers de la population totale de la ville. Jamais villégiature ne fut moins profitable. Partis pour la plupart avec des ressources très limitées, les malheureux réfugiés de Paris se sont heurtés en province à des restrictions et une augmentation du coût de la vie qu'ils étaient loin de prévoir. Ils ont dû supporter des privations que le grand air n'a pas compensées et ils sont revenus la plupart anémiés, amaigris et dans un état de réceptivité très favorable à la contagion de la grippe et au développement de ses complications.

L'augmentation de la mortalité parisienne d'un quart dans les dernières semaines, n'a rien de bien excessif, si l'on songe à l'accroissement de la population flottante, aux mouvements de troupes, de réfugiés et d'étrangers. Néanmoins, le changement de la situation sanitaire qui, jusqu'alors, avait été si exceptionnellement favorable, a ému l'opinion. L'imagination populaire a qualifié de dysentérie et de choléra, des troubles gastro-intestinaux manifestement d'origine grippale et qui n'avaient aucun rapport avec ces maladies ; les journalistes ont interviewé les savants ; l'Académie de Médecine a inscrit la grippe à son ordre du jour ; M. le Préfet de Police a, dans une circulaire, fait appel aux praticiens leur demandant de lui déclarer les cas d'influenza, même bénins, de le renseigner sur la marche de l'épidémie, de lui « faire connaître les mesures prophylactiques qu'ils jugeraient utiles en dehors de celles que

les médecins auraient pu faire appliquer eux-mêmes (désinfection, isolement des malades, transport à l'hôpital, etc.) ».

Cet appel du Préfet de Police, M. Raux, au Corps médical, n'est pas pour nous déplaire ; ce n'est que par la collaboration spontanée et cordiale de l'Administration et des Praticiens qu'il est possible d'obtenir en hygiène et prophylaxie sociales des résultats certains. Malheureusement pour la grippe, le médecin et l'Administration sont à peu près désarmés.

M. le Dr Roux, de l'Institut Pasteur, M. le Dr Louis Martin, de l'Hôpital Pasteur, et bien d'autres, préconisent l'isolement, et la presse insiste à ce sujet, transformant et généralisant tendancieusement ce conseil. Nous sommes pénétrés du plus profond respect pour le savant éminent qu'est M. le Dr Roux, et de la plus grande estime pour son collaborateur, M. Louis Martin ; nous admirons leurs travaux, leurs efforts et leur caractère, mais nous doutons de l'efficacité de l'isolement des grippés qu'ils préconisent.

Quiconque a exercé la médecine dans une grande ville et plus particulièrement à Paris, sait que tout isolement est impossible, nous ne dirons pas chez les indigents ni chez les ouvriers, mais aussi chez les petits commerçants et les petits bourgeois. L'on a trop négligé en France, jusqu'à ce jour, l'hygiène de l'habitation.

La plupart des familles ouvrières disposent d'une pièce, de deux au plus, pour loger 5, 6, parfois 8 personnes, et les enfants couchent le plus souvent deux et trois dans le même lit. Dans ces conditions, parler à ces gens d'isolement serait d'une cruelle ironie ; cela rappellerait un peu le médecin de vaudeville, qui prescrit à l'anémique ou au tuberculeux indigents une cure de suralimentation au bifteck, l'usage des vins généreux et le séjour en hiver sur les côtes ensoleillées de la Méditerranée. Hospitaliser les grippés ? On ne saurait y songer. Les établissements hospitaliers, s'ils étaient triplés, n'y pourraient suffire, et l'Assistance parisienne elle-même, est dans l'incapacité de les isoler *efficacement* dans ses hôpitaux. La désinfection, quel que soit le dévouement et la bonne volonté des services compétents, sera toujours relative, limitée et donnera des résultats illusoires.

Il faut donc se contenter du possible, faire dans chaque cas empiriquement pour le mieux et laisser au médecin et aux familles le soin de s'ingénier pour limiter les ravages du fléau, tout en mettant à leur disposition les ressources trop restreintes de la prophylaxie officielle.

L'épidémie de grippe démontre éloquemment que seul, le praticien peut être un agent efficace de prophylaxie. Elle permet encore de montrer combien il est dangereux de laisser toute une population ouvrière, le plus souvent d'une propreté douteuse, et pour cause, entassée dans des taudis où, à la moindre épidémie, elle est la proie toute désignée du fléau.

La grippe est un danger relativement peu grave, mais demain peuvent survenir le choléra, la peste ou le typhus.

Il conviendrait donc de prendre rapidement des mesures efficaces, et au premier rang il en est une sur laquelle nous revenons et reviendrons sans cesse qui est d'ordre législatif.

Elle consiste à faire voter une loi qui considère l'industrie de la location des logements comme toute autre industrie devant être réglementée. On ne permet pas d'installer certains établissements industriels dangereux, incommodes ou insalubres dans les milieux urbains ; on ne devrait pas permettre de louer des appartements insuffisants, de peupler de malheureux d'infects taudis, et de provoquer ainsi le développement d'épidémies dont les locataires des maisons insalubres sont les premières victimes et dont la population d'une ville toute entière est ensuite frappée.

Les propriétaires de taudis qui battent monnaie sur la misère, sont des êtres encore plus dangereux et plus malfaisants que les marchands d'absinthe.

La Société a le droit de se défendre contre eux et l'Etat a le devoir de demander au Parlement les lois nécessaires à assurer la sécurité de tous, fut-ce aux dépens de la rapacité intéressée de quelques-uns.

Là est le point capital de toute lutte contre les maladies transmissibles. La destruction des taudis est la mesure la plus importante, la plus pressante, la seule efficace de toute action prophylactique en hygiène urbaine.

J. Noir.

A propos de la démilitarisation du Service de Santé.

En réponse à la lettre de notre correspondant M. le Dr Mignon, de Saint-Cyr-sur-Loire, M. le Dr Granjux, directeur du *Caducée*, nous envoie la suivante que nous nous faisons un devoir de publier.

Nous pensons qu'il convient de clore désormais toute polémique à ce sujet. La question doit rester en suspens.

A l'heure actuelle, on ne peut baser une opinion que sur des arguments de sentiment. Après la guerre, quand nos confrères seront déliés de l'obligation de se taire, s'ils peuvent produire des faits certains, formuler des critiques sur des fautes lourdes, dévoiler des négligences manifestes, démontrer une incurie indiscutable, prouver l'absence de toute organisation même rudimentaire et le manque de conscience de certains, nous serons en droit de conclure. Nous devons donc attendre la paix pour ouvrir une enquête impartiale.

J. N.

Paris, le 26 septembre 1918,

Mon cher Confrère,

Dans le *Concours* du 5 septembre, vous avez déclaré que vous croyez « inopportun et prématuré de faire une enquête sur le Service de Santé, et vous avez ajouté que ce n'était pas pour « vous rendre aux objurgations du *Caducée* ».

J'aurais été heureux d'être pour quelque chose dans votre détermination, mais l'essentiel c'est que vous l'avez prise, et je l'ai enregistrée bien volontiers dans le *Caducée*, éprouvant « une joie professionnelle et personnelle à voir réaliser l'*optima medicorum concordia* ».

Votre article a été suivi d'un autre du Dr A. Mignon, de Saint-Cyr-sur-Loire, auquel je suis obligé de répondre, ayant été pris à partie par lui; et je vais refuter son réquisitoire — ce qui sera facile :

1° Il a débuté par déclarer, à propos de la démilitarisation de la médecine militaire que « *ce n'est pas après la guerre qu'elle doit être solutionnée* ».

Je me contenterai de rappeler que l'erreur de cette affirmation a été démontrée par vous dans votre article précité, en vous appuyant sur trois raisons tellement irréfutables que la cause est entendue.

2° Notre confrère ne connaît pas sans doute le vieil adage : *vir sapiens nihil affirmat quod non probet*, car sans preuves à l'appui, il a affirmé que dans le Service de Santé « *les progrès de toute sorte proviennent presque exclusivement de l'initiative des médecins civils mobilisés, et que..... toutes les avanies proviennent presque exclusivement des cadres actifs de la médecine militaire de carrière* ».

Or, nous vivons — l'auteur semble l'ignorer — à une époque où l'on ne s'incline plus devant le *magister dixit*, et d'aussi graves accusations lancées, nous le répétons, sans l'ombre d'une preuve, courrent grand risque d'être qualifiées « *calomnieuses* » !

3° Dire de ceux qui pensent comme soi « *qu'ils n'ont pas de parti pris ou ne sont pas intéressés eux-mêmes au maintien de l'actuel et défectueux état de choses* », c'est donner à entendre que ses adversaires ne sont pas indemnes de ces reproches, c'est les injurier par ricochet, procédé généralement inusité dans nos discussions professionnelles, et qui n'est pas dans les habitudes du *Concours*.

4° M. le Dr Mignon a écrit : a) (dans le *Concours*) : « *Toutes les barrières, tous les arrêts, toutes les pertes de temps, tous les ennuis, toutes les avanies, proviennent presque exclusivement des cadres actifs de la médecine militaire de carrière* ».

b) (dans la Grande Revue) : « *Le médecin militaire de carrière abandonnant toute velléité critique — ou mis dans l'impuissance de l'extérioriser — devient donc trop complètement, par de certains côtés, un aveugle outil de transmission d'ordre* ».

De par l'influence du grade — si importante dans la vie militaire et si dénuée de valeur dans la pratique médicale — les médecins militaires se sont en général, dès qu'ils le purent, employés en des postes de tout repos, adressant les médecins civils là où il y avait quelque danger à être brave ».

Contre cette accusation infamante le *Concours médical* a spontanément et vigoureusement protesté par votre plume, et j'ai grande satisfaction, comme médecin et comme journaliste, à le rappeler à nouveau.

Mais que penser du médecin qui, après avoir ainsi calomnié tous ses confrères militaires ose dire de ses articles qu'*ils ne font pas partie d'une campagne contre les médecins du cadre actif. Je n'ai jamais mené campagne contre personne* ».

Quelle inconscience !

5° Le Dr Mignon ne semble pas avoir une idée bien nette de ce que sont les médecins des Ministères de l'Intérieur, des Postes, de la Justice, etc. Il paraît ne pas savoir que seuls existent aux yeux de ces administrations les certificats établis par leurs médecins, qualifiés de « médecins fonctionnaires » dans certains groupements professionnels, et que la plupart des Syndicats médicaux luttent contre un état de choses blessant pour la masse des praticiens ;

6° Il m'est reproché d'avoir posé en principe absolu que le médecin, chargé d'un service militaire, ne doit pas avoir de liens d'argent avec la population civile, qu'il doit, de par ses fonctions, expertiser au point de vue médico-légal. Ceci m'oblige à rappeler : 1° que des Syndicats médicaux ont demandé (et avec raison) et obtenu (on a bien fait) que les médecins militaires de carrière ne fassent pas de clientèle rémunérée ; 2° que jamais un médecin de l'active n'a été ac-

cusé d'avoir trafiqué de sa situation ; 3° que des médecins civils mobilisés ont passé en conseil de guerre et ont été dégradés pour avoir commis, au profit de leurs clients, des actes délictueux. Toutes choses qui confirment le bien fondé de ce principe que « le médecin militaire ou militarisé ne doit pas avoir de liens d'argent avec la population au milieu de laquelle il vit ».

7° Enfin, M. Mignon a fait connaître son *curriculum campi*, c'est-à-dire les étapes de sa vie militaire. Il a fait avec sa classe 10 mois de service ordinaire, puis 4 dans un emploi que nous ne connaissons pas : « *soldat adjoint aux médecins et aux infirmiers d'un bataillon* ». A la mobilisation il a été appelé à défendre son pays pendant 2 mois ½, durant lesquels il a fait campagne, croyons-nous, sur le territoire.

Cet aveu fait voir que M. le Dr Mignon parle du Service de Santé en campagne comme un aveugle des couleurs. Pour parler sérieusement, de la guerre, il faut l'avoir faite. Les stratèges en chambre feraient beaucoup mieux de laisser la parole aux poilus, qui sont, ou ont été, au front. En agissant ainsi, M. Mignon aurait été mieux inspiré qu'en se transformant en critique d'un service militaire qu'il ne peut connaître que par ouï-dire. Son cas rappelle le vieux proverbe : « A chacun son métier... ».

J'en ai fini, car je crois avoir répondu à tous les reproches de M. Mignon, sauf en ce qui concerne la *médecine stratocrate* et les *grumelades*, expressions usitées à Saint-Cyr-sur-Loire, mais dont j'ignore la signification car elles n'ont pas, encore cours dans nos salles de rédaction.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes remerciements pour l'insertion de cette réponse, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Dr Granjux.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine.

Séméiologie physique et séméiologie chimique du foie.

Par M. le Professeur A. Chauffard.
(*Suite et Fin*).

Le rôle important que joue le rein dans les éliminations azotées et dans leur retard nous donne également la clef d'un signe de haute valeur que j'ai étudié depuis 20 ans chez les hépatiques, l'*intermittence des éliminations urinaires.* Si toutes les deux heures, après injections sous-cutanée de bleu de méthylène, on recueille les urines jusqu'à disparition définitive du bleu, on voit que chez les hépatiques, l'élimination du bleu, au lieu d'être *continue cyclique*, devient *polycyclique* et, le plus souvent, *intermittente* ; certains échantillons ne contenant pas trace de bleu, tandis que les autres sont plus ou moins fortement colorés. L'époque d'apparition de ces intermittences est, pour les plus précoces, de la troisième à la sixième heure, pour les plus tardives, de la quarantième à la quarante-cinquième heure. La durée des intermittences est très variable: au minimum, de une à deux heures, au maximum de dix à treize heures, en moyenne de quatre à cinq heures.

Si chez un même sujet, on répète à plusieurs reprises l'épreuve du bleu, on voit que dans les cas où la maladie hépatique s'améliore ou guérit, les intermittences deviennent plus rares, plus courtes, puis disparaissent. On peut dire que les intermittences d'élimination sont d'autant plus précoces et nombreuses pour un cas donné, que le fonctionnement de la cellule hépatique est plus gravement compromis.

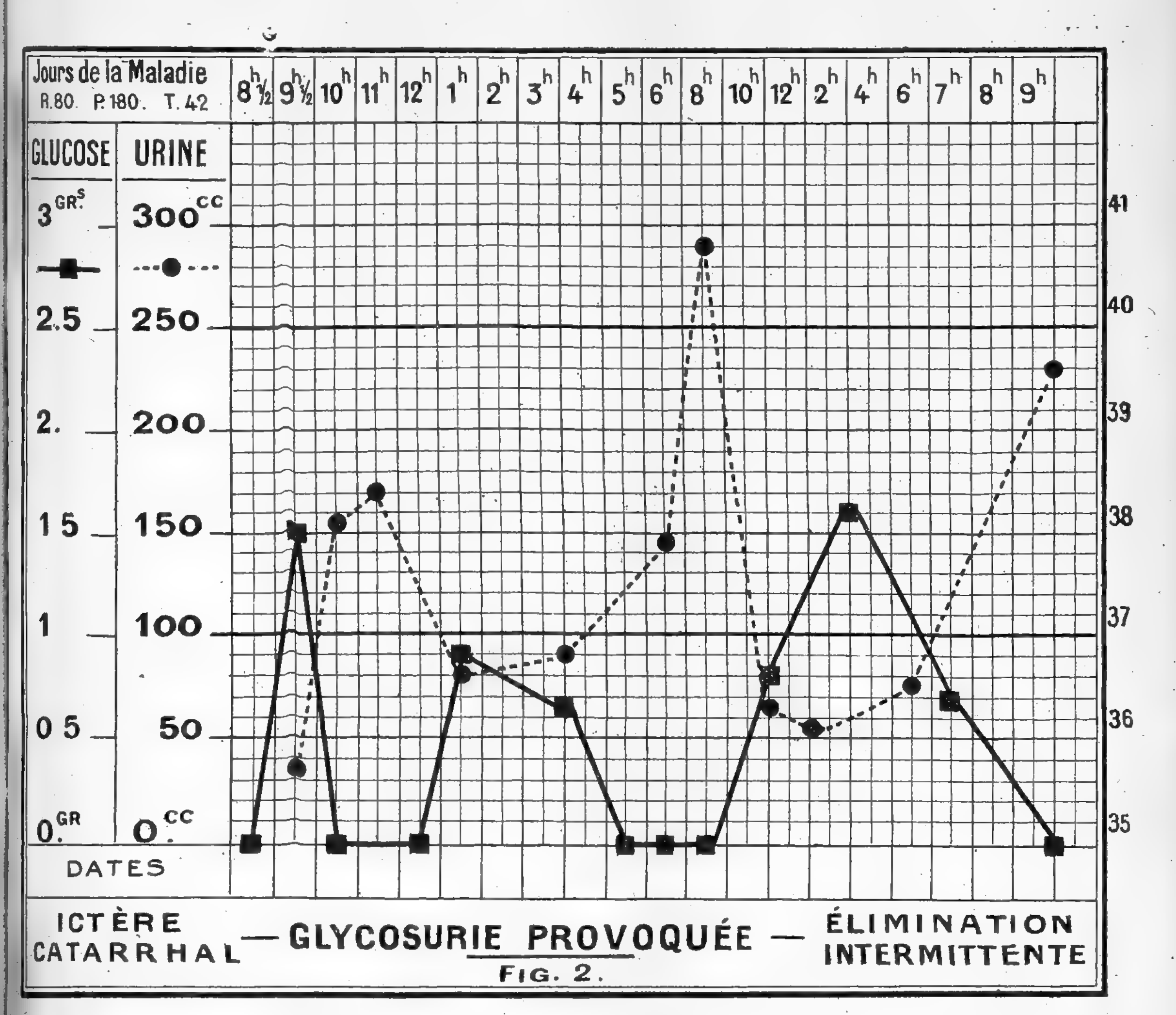
Ce signe de la *glaucurie intermittente* est un des symptômes les plus constants et les plus sensibles de l'insuffisance hépatique et il est de portée très générale car il ne se constate pas seulement pour le bleu de méthylène mais aussi pour le pigment biliaire et même, comme nous allons le voir, pour la glycose et la glycosurie alimentaire provoquée.

La glycosurie alimentaire.

La glycosurie alimentaire repose, dans son mécanisme physiologique, sur une expérience fondamentale de Claude Bernard : introdui-

sons dans l'intestin d'un chien une forte quantité de glycose, la glycosurie n'apparaît pas chez l'animal sain, elle se montre si, au préalable, une ligature de la veine porte a été pratiquée. C'est en partant de cette idée que, en 1875, Colrat, donnant du glycose à un cirrhotique, a vu ce corps passer dans les urines alors que chez des sujets sains aucune élimination urinaire n'avait lieu. C'est là l'épreuve ports intimes associent dans le parenchyme hépatique la glycogénèse et l'arrêt des poisons par le fait de la traversée du foie ; l'absence de fixation hépatique du glycose ingéré décèle une diminution plus ou moins notable de l'aptitude fonctionnelle du foie à fixer les poisons qui le traversent.

Récemment, une épreuve nouvelle du même ordre a été proposée par Roger et Chiray (1)



ICTÈRE CATARRHAL — GLYCOSURIE PROVOQUÉE — ÉLIMINATION INTERMITTENTE

FIG. 2.

de la glycosurie alimentaire devenue classique et que l'on pratique en général, en faisant ingérer au sujet examiné 150 grammes de glycose. Assez souvent, comme dans le tableau ci-joint, en dosant la glycose dans les échantillons horaires d'urine recueillie on voit la glycosurie être intermittente, donnant ainsi une double indication d'insuffisance hépatique par le passage dans les urines et par le mode intermittent de l'élimination.

Cette recherche de la glycosurie alimentaire a pris, en outre, un surcroît d'importance depuis que Roger a montré quels rapbasée sur l'élimination ou non par les urines de l'acide glycuronique. Normalement, ce corps se trouve en petite quantité dans l'urine, il est réducteur, et paraît dériver du glycose. Si l'on fait ingérer à un sujet sain une dose de 50 centigrammes à un gramme de camphre, le passage d'acide glycuronique

(1) H. Roger et M. Chiray, — La glycuronurie normale et pathologique ; ses variations dans la cirrhose et le diabète. *Académie de médecine*, 13 avril 1915.

Et A. Roger. — La glycuronurie. Ses variations dans les affections hépatiques. *Presse médicale*, 18 mai 1916.

dans l'urine est constant ; si la cellule hépatique est altérée, pas d'élimination de l'acide glycuronique.

Ainsi, pour la glycosurie alimentaire, ce qui est pathologique, c'est la *présence* du glycose dans les urines ; pour l'acide glycuronique, c'est son *absence*, les deux méthodes étant similaires dans leur direction générale et relevant également d'élimination provoquées *ab ingestis*. Il est probable que d'autres variantes du même genre d'expérience pourraient être tentées avec le même succès ; mais les résultats obtenus sont d'autant plus intéressants qu'ils s'éloignent moins de la physiologie normale et, à ce point de vue, l'épreuve de la glycosurie alimentaire me paraît devoir conserver la première place.

Dans tout ce qui précède, nous n'avons pas encore prononcé un mot dont on a peut-être abusé ou tout au moins usé sans les précisions nécessaires, je veux dire, *la cholémie*.

Que faut-il entendre par ce terme de cholémie ? A le prendre dans son sens exact, il veut dire : passage de la bile dans le sang. Or, la bile est définie physiologiquement par trois éléments constitutifs spécifiques : le *pigment biliaire*, les *acides biliaires*, la *cholestérine* ; il n'y a donc de cholémie vraie que celle qui comporte la rétention dans le sang de ces trois éléments biliaires, tels, par exemple, les ictères par rétention.

De même, de par notre définition, on ne peut parler de cholémie physiologique parce que, si à l'état normal, le sérum contient de la cholestérine et une minime quantité de pigments biliaires, les acides biliaires font défaut. La présence des acides biliaires ou, suivant le terme que j'ai proposé, *la cholalémie*, est toujours un fait pathologique.

Mais on comprend que les divers éléments constitutifs de la cholémie puissent se dissocier suivant les cas et, à la notion trop simpliste de cholémie, sauf pour les rétentions biliaires totales, il faut donc substituer celle des *états cholémiques*. Pour le pigment biliaire du sérum, nous employons, pour le mettre en évidence, une méthode récente et très simple proposée par Foucher et qui consiste à faire agir sur le sérum une solution titrée d'acide trichloracétique et de perchlorure de fer.

L'acide trichloracétique précipite les albuminoïdes du sérum, le perchlorure de fer oxyde la bilirubine, et il se dépose au fond du petit tube à essai un précipité d'un blanc laiteux pour les sérums normaux, d'un bleu plus ou moins verdâtre pour les sérums chargés de bilirubine.

La cholestérinémie est un fait physiologique et nous avons montré avec Guy Laroche et Grigaut que chez les sujets sains le taux de la cholestérine pour 1000 grammes de sérum oscille entre 1 gramme 50 et un chiffre maximum de deux grammes.

La cholestérinémie peut rester normale dans certaines affections hépatiques telles que les cirrhoses ; elle reste également dans les chiffres physiologiques dans une variété très spéciale d'ictères, les *ictères hémolytiques*. Au contraire, elle est toujours augmentée dans les ictères par rétention ou dans la lithiase biliaire.

Le terme de cholémie ne doit donc jamais, à mon avis, être employé d'une manière banale, et sans les précisions nécessaires. Nous devons, dans chaque cas étudié, en dissocier les éléments constitutifs et faire la part de ce qui revient aux pigments biliaires, aux acides biliaires, à la cholestérine.

Si la question des rétentions biliaires dans le sang est à la base de ce que l'on a appelé la chromogénie hépatique, elle ne la constitue pas toute entière, et dans la séméiologie chimique du foie, il faut faire place à un autre chromogène sur lequel bien des travaux ont été publiés : l'*urobiline*.

On a longuement discuté sur les origines de l'urobiline urinaire, notamment au niveau du foie et de l'intestin, pour ne parler que des théories actuellement soutenables ; pour ma part, je me suis toujours rallié à l'opinion émise depuis longtemps par Hayem, qui voit dans l'urobilinurie un signe de lésion de la cellule hépatique, la bilirubine étant le pigment du foie normal et l'urobiline le pigment du foie lésé ; mais il est de plus un élément tout à fait important de la discussion pathogénique qui aujourd'hui ne paraît plus douteux.

On a cru longtemps, et Gilbert et Herscher ont soutenu cette opinion, que, au cours de l'urobilinurie, l'urobilinémie était rare ou faisait le plus souvent défaut ; c'était une erreur d'observation, due à l'emploi de méthodes trop peu sensibles. En fait, si l'on recourt à un dispositif proposé par mon assistant Grigaut, si, sur le sérum traité comme pour la recherche de l'urobiline dans les urines, on

fait en chambre noire tomber un mince faisceau lumineux émanant d'une lampe Nernst, on voit immédiatement apparaître la fluorescence caractéristique.

On peut dire qu'*il n'y a pas d'urobilinurie sans urobilinémie.*

A toutes les notions qui précèdent il faudrait encore ajouter la recherche dans le sérum de certains ictériques des hémolysines pouvant donner lieu à cette variété spéciale d'ictères que nous avons décrits avec Jean Troisier sous le nom d'*ictères hémolysiniques.*

Il faut aussi ne pas oublier quels appoints précieux peut apporter à certains diagnostics la recherche dans le sérum des anticorps hydatiques ou syphilitiques.

Tels sont les aspects principaux de la séméiologie chimique du foie, et les faits que nous venons de passer rapidement en revue nous montrent combien par ces méthodes chimiques et biologiques nous dépassons les données relativement élémentaires que peut nous apporter la simple exploration physique du foie. Par la séméiologie chimique, nous sommes directement conduits au cœur même de notre sujet, nous prenons contact, pour ainsi dire avec le protoplasma hépatique, nous en dissocions les aptitudes fonctionnelles et nous pouvons porter un jugement physiologique sur la valeur de cet élément glandulaire si différencié, si délicat, si vulnérable. Dès lors, ce n'est plus seulement des conclusions diagnostiques que nous tirerons mais bien des conclusions *pronostiques.*

Aussi me suis-je cru permis de dire que « en matière d'affections hépatiques, le diagnostic s'obtient surtout par la séméiologie physique et le pronostic par la séméiologie chimique. C'est également celle-ci qui indique le moment de la guérison réelle, c'est-à-dire le retour *ad integrum* de la cellule hépatique. »

Cette évolution de nos méthodes si frappante dans la pathologie du foie est un bel exemple d'analyse physiologique. C'est dans cette voie que s'ouvre tout l'avenir de notre médecine moderne, c'est par cette orientation nouvelle que s'est trouvée rénovée la pathologie hépatique. C'est dans ce sens qu'il faut poursuivre la recherche de nouveaux progrès.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le travail agricole, comme cure des séquelles de blessures. — La cyanamide et les boissons alcooliques. — Les douches d'air chaud contre les brûlures par l'hypérite. — Un dynamomètre buccal. — Les hautes et les faibles doses médicamenteuses. — L'émotion et la commotion. — L'avion radio-chirurgical (aéro-chir.) .— L'extraction des projectiles en lumière rouge sous le contrôle radioscopique. — Appareil auto-déverseur destiné à perfectionner l'application de la méthode de Carrel. Résection de la hanche.

M. Bergonié fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *le travail agricole comme cure des séquelles de blessures.*

D'une expérience de plus de trois années, M. Bergonié conclut que pour guérir mieux, plus vite, et dans une plus grande proportion, les séquelles de blessures de guerre, il faut substituer à la physiothérapie artificielle des hôpitaux urbains, la physiothérapie naturelle par le travail aux champs fait tout le jour et tous les jours, sous la direction et la surveillance des médecins.

La forme administrative qui a donné, depuis plus de trois années, les meilleurs résultats pratiques pour réaliser cette physiothérapie naturelle, c'est le petit hôpital de cure agricole, tel que la circulaire ministérielle du 10 mai 1917 l'a défini.

Le « sous-produit » de cette thérapeutique naturelle n'est pas négligeable au point de vue économique, puisque dans la 18e Région, et pour une année, les blessés en cure ont fourni plus de 10.700 journées de travail à l'agriculture.

— M. Langlois lit à l'*Académie de médecine* un travail sur *la cyanamide et les boissons alcooliques.*

L'extension considérable de la fabrication de la cyanamide calcique attire l'attention sur les inconvénients que peut présenter pour les ouvriers la manipulation de ce produit.

Sans parler des dermites et brûlures signalées depuis longtemps, et qui sont attribuables à la teneur en chaux vive de cette substance, il existe un symptôme curieux qui avait attiré l'attention des ouvriers et suscité leurs plaintes dès le début de l'installation des usines. Chez ces ouvriers, l'absorption de boissons alcooliques, même en petite quantité, pendant ou immédiatement après le travail, provoque une série d'accidents particuliers : vaso-dilatation de la face, état nauséeux, tendance à la syncope.

— MM. Bandaline et de Poliakoff lisent à l'*Académie de médecine* une note sur *l'emploi des douches d'air chaud contre les brûlures par l'hypérite.*

Les brûlures du gaz hypérite dont les Alle-

mands se sont servis dans leurs offensives provoquent des douleurs extrêmement vives et de l'insomnie. On peut en atténuer la sensibilité et amener la disparition des douleurs par l'emploi des douches d'air chaud, dont MM. Baudaline et de Poliakoff recommandent vivement l'application immédiate.

— M. PIERRE ROBIN présente à l'*Académie de médecine* un *dynamomètre buccal pour l'appréciation des impotences fonctionnelles et le dépistage des simulateurs.*

Cet appareil permet d'apprécier la valeur de l'écartement des mâchoires et celle de l'effort musculaire des masséters. On peut ainsi établir le degré d'impotence fonctionnelle et fixer l'indemnité à accorder au blessé. Ce dynamomètre révèle, d'autre part, la simulation, à l'insu du sujet.

— M. Ch. FIESSINGER fait à l'*Académie de médecine* une communication sur les *hautes et faibles doses médicamenteuses.*

Les remèdes spécifiques (quinine, mercure, sérums, salicylate de soude) doivent être administrés à hautes doses. Les hautes doses peuvent aussi être utiles pour certains médicaments à action mécanique (purgatif drastique chez les brightiques œdématiés, sous-nitrate de bismuth dans l'ulcus gastrique). Mais, ces deux actions médicamenteuses étant écartées, il faut au contraire, dit M. Fiessinger, s'adresser aux faibles doses, dans la thérapeutique fonctionnelle particulièrement. Il y a, sans utilité ni avantage, des dangers réels à prescrire des doses élevées pour traiter les symptômes.

M. ALBERT ROBIN souscrit entièrement à cette opinion. Les effets des agents médicamenteux, d'ailleurs, sont souvent contradictoires selon que l'on a recours à une dose faible ou à une dose forte. Ainsi, par exemple, le calomel à 50 centigr. augmente la sécrétion de la bile et la diminue à 2 centigr. ; le jaborandi à 4 gr. accroît la sécrétion salivaire et la réduit à 5 centigr. ; la picrotoxine diminue les réflexes à faibles doses et les exaspère à hautes doses ; les opiacés, hypnotiques à faibles doses, sont excitants à fortes doses.

M. CHANTEMESSE estime que l'on donne souvent la caféine en quantité beaucoup trop forte.

La question soulevée par M. Fiessinger est finalement renvoyée à l'examen d'une commission spéciale composée de MM. Pouchet, Chantemesse, A. Robin et Grimbert.

— MM. DUPRÉ et LOGRE font à l'*Académie de médecine* une communication sur *l'émotion et la commotion.*

L'émotion se distingue de la commotion au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique. L'émotion excite au maximum l'activité psychique et motrice et, en provoquant l'épouvante, la terreur, la fuite, met en jeu les réactions défensives de l'instinct de conservation. A ce premier orage succèdent les signes de l'émotivité anxieuse aiguë, l'agitation, le tremblement, les cris, puis le sujet s'apaise en restant irritable. Dans la commotion, au contraire, on se trouve en présence d'un sujet dans le coma apoplectique, chez qui la conscience, l'intelligence et l'activité sont abolies.

Au point de vue anatomique, même contraste. La commotion est un syndrome organique, dont la formule céphalo-rachidienne, nettement établie dans les cas purs, se complique encore d'albuminose considérable parfois. L'émotion est un syndrome psychopathique, fonctionnel et dépourvu d'organicité.

— MM NÉMIROSKY et TILMANT lisent à l'*Académie de médecine* une note sur *l'avion radio-chirurgical « aéro-chir. »*.

Réalisant une idée chère au prof. Pozzi, MM. Némirosky et Tilmant proposent de créer une escadrille d'avions destinés au transport rapide des secours chirurgicaux. Dans la carlingue de ces avions serait ménagée une place pour le chirurgien, le radiographe, le matériel chirurgical et le matériel radiologique. L'avion radio-chirurcal l'*aéro-chir.*, permettrait d'apporter une aide immédiate aux postes chirurgicaux momentanément surchargés par une grande affluence de blessés... sous condition que le poste soit attenant à un champ d'atterrissage convenable!

— M. DAURE présente à l'*Académie de médecine un appareil auto-déverseur destiné à perfectionner l'application de la méthode de Carrel.*

La méthode de pansement de Carrel, par irrigation continue des plaies, exige un personnel attentif et constamment présent, de jour et de nuit, qu'il y a grand intérêt à remplacer par un appareil procurant automatiquement l'instillation du liquide antiseptique dans la blessure.

L'appareil auto-déverseur de M. Daure répond à ce but. Son principe consiste à relier un réservoir de liquide à la plaie par une ampoule fixée sur un balancier et relevée, en position de remplissage, par un contre-poids. Un volume variable de liquide reçu goutte à goutte, provoque d'une manière périodique le déversement de l'ampoule, que relève aussitôt le contre-poids.

Cet appareil simple, facile à manier, pourra rendre de réels services dans l'application de la méthode, aujourd'hui si répandue, de Carrel. Il s'adresse, en outre, à d'autres usages thérapeutiques, à l'absorption discontinue, par exemple, de substances médicamenteuses par diverses voies.

—MM. Duvergey et Dufour font à la *Réunion médico-chirurgicale de la VIIe Région* une communication sur *l'extraction des projectiles de guerre en lumière rouge sous le contrôle radioscopique* (296 observations).

Pour localiser et extraire un projectile, on peut se servir soit des compas, soit de l'examen radioscopique, soit de l'électro-vibreur de Bergonié.

MM. Duvergey et Dufour estiment que, dans le cas de projectiles difficiles ou intra-splanchniques le contrôle radioscopique constitue la méthode de choix. Ces auteurs pratiquent les extractions en lumière rouge. Avec de l'habitude, les yeux de l'opérateur s'acclimatent très bien à la lumière rouge. Les résultats opératoires obtenus, portant sur 296 cas, ont été excellents.

Certes, l'extraction des projectiles en lumière rouge sous le contrôle radioscopique ne peut pas être généralisée dans les ambulances de l'avant, mais, dans les hôpitaux de l'arrière, où les difficultés de l'extraction des projectiles sont quelquefois considérables (les projectiles réservés pour les hôpitaux de l'arrière étant souvent petits et profonds), cette méthode serait la plus sûre et la plus riche en heureux résultats.

— M. Le Fur rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* trois nouveaux cas de *résection de la hanche*.

Il s'agit de trois blessés atteints d'infection, d'arthrite purulente de la hanche consécutive à la blessure. M. Le Fur pratiqua, chez chacun d'eux, une résection assez étendue de l'articulation malade, qui fut suivie de traitement physiothérapique (frictions, massage, air chaud, héliothérapie, électrothérapie).

Les résultats ont été très satisfaisants. Les blessés ont pu marcher sans le secours d'aucun appareil de soutien, dans un laps de temps qui a varié de trois à cinq mois ; en général, dès le deuxième ou troisième mois, ils ont abandonné leurs béquilles, et leurs cannes dès le troisième ou quatrième mois. On peut affirmer, de plus en plus, que la résection de la hanche, absolument indiquée en cas de blessures articulaires de guerre avec lésions ostéo-articulaires importantes, d'une gravité opératoire à peu près nulle, permet quand elle est faite à temps, non seulement de sauver des existences menacées, mais encore de conserver au blessé son membre et sa fonction, et par conséquent devra toujours être préférée à la désarticulation de la hanche toutes les fois que la chose sera possible.

P. L.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Tomates et confitures salicylées,

par le Docteur E. Crouzel, de La Réole.

Sous ce titre, mon éminent confrère le Dr Carles dresse, dans le *Répertoire de pharmacie* de septembre dernier, un réquisitoire serré contre l'acide salicylique et aussi contre ceux qui l'emploient, sans l'assentiment des consommateurs.

Il est bien exact que l'usage de cet antiseptique est absolument interdit dans le commerce, et que des pénalités sévères menacent les contrevenants. Mais cette prohibition absolue est-elle bien fondée ? Si l'on songe à ce qui se passe, actuellement, concernant la saccharine, on est tenté, malgré soi, de ne pas prendre comme parole d'évangile, les lois et réglements qui régissent le malheureux citoyen français. En effet, ce qui est vérité aujourd'hui devient erreur demain ! Pourquoi ? Parce que les lois et réglements sont bâclés d'habitude, non sans discussions préalables, mais par les gens incompétents ou... sous l'influence des intérêts du Trésor ou de particuliers agissant, dans l'ombre, sur l'esprit moutonnier de certains de nos législateurs !

M. le Dr P. Carles cite, à l'appui de sa thèse, des extraits du *Précis de thérapeutique* du Professeur Arnozan. L'opinion du savant auteur n'est pas, à mon avis, bien sévère pour l'emploi de l'acide salicylique, puisque la nocivité de celui-ci n'est guère à redouter, à moins d'ingestion de doses répétées agissant sur le rein, sur le foie et sur l'appareil utérin.

Avant de prendre trop au sérieux la menace des troubles organiques en question, il faudrait un peu de précision dans l'énoncé des doses capables de produire ces troubles. Or, si l'on songe que la dose maxima de l'acide salicylique est de 2 gr. pour une dose et de 4 gr. pour 24 heures, et que la dose ordinaire de ce produit est de 1 gr. par kilogr. de pulpe de tomate, on conviendra que les dangers courus par les consommateurs sont bien minimes et même négligeables, attendu que la consommation de ces conserves n'est pas quotidienne et que l'absorption d'acide salicylique ne peut dépasser 0,05 cg. par personne et par jour de consommation !

Dans ma pratique déjà longue, je dois dire que j'ai pu suivre et observer pendant plusieurs dizaines d'années, un nombre considérable de consommateurs habituels de conserves de tomates salicylées et je n'ai jamais constaté le moindre trouble dans leur santé pouvant être mis sur le compte de ce condiment... illégal !

Donc, les dangers signalés par le Dr P. Carles sont plutôt un épouvantail inspiré, d'ailleurs,

par d'excellentes intentions et procédant de l'application de principes commerciaux inattaquables.

Il n'en est pas moins vrai que la plus élémentaire prudence est de rigueur pour les pharmaciens, afin d'éviter de tomber sous... le couperet d'une loi qui appelle des modifications et des atténuations, au point de vue de l'application stricte. Il ne faut pas oublier que Thémis réserve souvent ses sévérités à des délinquants ..... malgré eux ; car les nécessités commerciales et les exigences du Public sont souvent en contradiction avec la loi et d'accord avec les usages établis, malgré des apparences de dangers imaginaires pour la santé du consommateur. Celui-ci est guidé le plus souvent, par sa commodité, alors que l'usage et une longue pratique n'en ont révélé aucun inconvénient sérieux.

Ce qui fortifie aussi ma conviction, au sujet de ma thèse, c'est qu'il faut savoir qu'un certain nombre de végétaux, que nous consommons fréquemment, renferment à l'état naturel de l'acide salicylique et qu'il ne s'est trouvé, jusqu'ici, aucun observateur pour en signaler les dangers.

Chacun sait que l'arsenal de nos lois est un maquis inextricable dont nombre de parties constitue une véritable épée de Damoclès suspendue sur la tête de tous les citoyens français et surtout sur celle des pharmaciens. Si toutes les infractions encourues, le plus souvent involontairement ou par ignorance, étaient réprimées, il n'existe pas de justiciables qui n'auraient à répondre, devant les tribunaux, de plusieurs délits quotidiens ! Heureusement pour la sécurité et pour la liberté de chacun, nos bons gendarmes qui dorment un œil ouvert, ferment d'habitude les deux yeux, pendant la veille.

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le laboratoire et le praticien

I. **Précis des examens de laboratoire**, par le professeur L. Bard, de Genève (Masson et Cie, édit. 120, Bd. St-Germain) Collection de *Précis médicaux*, Paris 1918.

II. **Les diagnostics biologiques en clientèle**, par Noël Fiessinger (A. Maloine et fils éd., 27, rue de l'Ecole de Méd cine, Paris 1918). Collection : *Comment guérir* ?

Nos lecteurs se souviennent que le *Concours médical*, avant la guerre, publiait régulièrement sous la rubrique : « *le laboratoire et le praticien* » des articles très clairs, très précis, à la fois savants et pratiques sur l'application à la clinique des plus savants procédés de laboratoire. Nous avions jugé nécessaire de mettre à la portée des praticiens de la campagne et de la ville les découvertes biologiques, chimiques, bactériologiques, de lui permettre sinon de faire toujours lui-même ces recherches, au moins de les connaître, de les apprécier et d'avoir au besoin recours à elles en toute connaissance de cause. La guerre, qui a si profondément troublé notre programme, nous a obligé d'interrompre la série de nos articles à ce sujet. D'ailleurs notre distingué collaborateur M. Volmar, chimiste et biologiste de valeur, rend actuellement aux armées de plus précieux services.

En attendant la reprise de notre programme, nous croyons devoir signaler à l'attention de nos lecteurs deux livres récemment parus dans le but de faire pénétrer le praticien dans le laboratoire.

Le premier : *Précis des examens de laboratoire employés en clinique*, édité par M. Masson, est dû à la collaboration du savant professeur de clinique de Genève, correspondant de notre Académie de médecine, M. L. Bard, du professeur Humbert de la Policlinique médicale de Genève et du Dr H. Mollet, médecin adjoint de la Clinique infantile de la même Université.

Les *examens chimiques* des substances minérales, des matières organiques, des pigments, des ferments du sang, des calculs y sont exposés tour à tour.

Les *examens physiques* comprennent les mensurations (mesures de surface et de volume — mesures de pression — enregistrements graphiques et photographiques), les propriétés moléculaires (densité, cohésion, pression osmotique) les propriétés optiques (colorimétrie, polarimétrie, spectroscopie, réfractométrie, ultra-microscopie).

Les *examens histologiques* comprennent l'examen des humeurs, du sang, des parasites supérieurs.

Les *examens bactériologiques* sont exposés dans les chapitres sur les microbes pathogènes, suivis des recherches des microbes par colorations et par cultures.

Viennent ensuite l'étude des *épreuves expérimentales* (virulence, toxicité) ; des *séro-réactions* (hémolytique, agglutinante, précipitante, déviation du complément, action opsonique); des *épreuves fonctionnelles* de l'estomac, de l'intestin, du pancréas, du foie, des reins et des séreuses.

Tout cela est traité en quelque 800 pages illustrées de 162 figures.

Le clinicien trouvera dans ce précis tous les

DON

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr MISTRAL, de Briatexte et de M. le Dr DELAPLANE, de Houdan, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de Police* pour Paris, et pour la province par le *commissaire spécial du chef-lieu du département.*

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

DEMANDES ET OFFRES

No 89. — Docteur aide-major en convalescence, libre mi-octobre et novembre désirerait faire des remplacements à Paris ou en banlieue, de durée variable au gré du remplacé.

No 90. — Eure, très bon poste à céder, conditions très douces. Moyenne des dernières années 22 à 24.000 fr. Maison avec jardin. Céderait à volonté auto de Dion, ameublement, matériel dentaire.

No 91. — A céder à Paris, bon cabinet médical dans quartier commerçant.

No 92. — Docteur dans l'impossibilité de continuer la profession serait

Suite page XXI.

renseignements désirables sur l'application des recherches de laboratoire à l'art de guérir.

Le second ouvrage d'application médicale des méthodes de laboratoire à la pratique est un livre de M. Noël Fiessinger, ancien interne des hôpitaux de Paris, édité par M. Maloine, avec 70 figures, 3 planches hors-texte, ouvrage de plus de 800 pages intitulé : *Les diagnostics biologiques en clientèle.* Le sujet est plus restreint que celui du livre du professeur Bard et l'auteur cherche et réussit à donner à son ouvrage le caractère d'un guide absolument pratique. A chaque chapitre, M. Noël Fiessinger répond aux questions suivantes : Ce qu'il faut. — Ce qu'il faut faire. — Ce qu'il faut voir et ce qu'il faut dire.

Ce qu'il faut : C'est d'abord l'objet de l'examen : liquide, sang, pus etc. Ce sont les réactifs, les instruments et le matériel nécessaires.

Ce qu'il faut faire : C'est l'exposé technique méthodique de l'examen.

Ce qu'il faut voir : C'est l'exposé des résultats de l'examen.

Ce qu'il faut dire : C'est la conclusion des recherches que l'on vient d'opérer.

Avec ce guide minutieux et précis, la personne la plus étrangère au laboratoire peut se livrer aux diverses manipulations qu'exigent les diagnostics biologiques.

M. Noël Fiessinger applique cette méthode à la bactériologie, à l'hématologie, à la cytologie, la coprologie, l'urologie, la chimie pratique, et il termine par un intéressant tableau qui répond à la question : *Quand doit-on consulter le laboratoire et que peut-il dire ?*

En parcourant ce tableau on peut conclure que le laboratoire ne peut ni ne doit se substituer à la clinique, mais que souvent, très souvent, il jette une singulière lumière sur les diagnostics difficiles, indécis et obscurs, et à notre époque il ne saurait être négligé.

J. N.

Recherches sur le tremblement. Dr Léon Binet. (Vigot, éditeur, Paris).

J'ai connu un de nos plus grands chimistes français, qui a donné à la science des travaux de chimie minérale de premier ordre, aussi remarquables par leur originalité que par la difficulté technique de leur exécution, et qui allait puiser chez les vieux expérimentateurs, Berzélius en particulier, les éléments de ses recherches. Une école médicale moderne, et combien il faut l'en louer, semble procéder de même ; laissant de côté les processus indirects, bactériologiques, histophysiologiques, biochimiques des phénomènes morbides, toutes données relativement récentes, elle reprend, elle aussi, certains aspects pathologiques fort bien connus des anciens cliniciens, mais en les éclairant à la lumière des données neuves et précises de la physiologie clinique moderne. C'est ainsi que le Docteur Léon Binet vient de publier un travail très remarquable sur le tremblement : « Ces oscillations rythmées rapides et généralement de faible amplitude que décrivent de part et d'autre de leur position d'équilibre une ou plusieurs parties du corps sous l'influence de contractions involontaires et répétées de certains muscles ». Il serait téméraire de notre part de vouloir donner, dans une analyse même détaillée, une vue synthétique des questions traitées, tant ce travail est dense, vigoureux, plein d'intérêt par les nombreux problèmes qu'il permet de découvrir ; qu'on nous excuse donc si nous n'en pouvons donner qu'une teinte, une impression, une vue superficielle.

B. s'est beaucoup servi de la méthode graphique qui permet d'objectiver avec précision les phénomènes, qui permet de les représenter et de les analyser ; aussi, le livre renferme-t-il de nombreux tracés suggestifs et bien établis.

Dans la deuxième partie de son travail il étudie les caractères du tremblement physiologique et recherche successivement les facteurs multiples, les « variables » qui le modifient : tremblement simulé, contraction musculaire, travail statique, travail dynamique, travail intellectuel, douleur, émotions, etc. Le travail sous toutes ses formes exagère le tremblement physiologique normal ; il en va de même pour les émotions. Aux tranchées, en particulier, le tremblement émotif s'observe chez un quart des sujets soumis à un bombardement accentué. Il s'installe un certain temps après la surprise (période de temps perdu), augmente progressivement (période de démarrage) pour devenir intense dans la suite. Son amplitude varie avec le coefficient d'émotivité, avec le « seuil d'excitation émotionnelle » du sujet. Comme les autres réactions émotives : cardiaques, circulatoires, respiratoires, il ne marche pas parallèlement avec les réactions psychomotrices, visuelles, auditives, tactiles.

S'appuyant sur les beaux travaux de Richet, de Lefèvre, de Roger et des histophysiologistes, l'auteur apporte à l'étude expérimentale du frisson psychique et du frisson thermique une intéressante contribution. Le frisson thermique en particulier s'accompagne d'une augmentation des échanges respiratoires et des réactions hépatiques. Il est imparfait chez le nouveau-né et l'animal qui a été saigné. D'origine bulbaire il s'arrête par la compression oculaire.

Etendant ses recherches aux tremblements pathologiques, l'auteur a constaté que chez le blessé le tremblement est caractérisé par l'irrégularité des oscillations qui augmentent rapidement sous l'influence de la fatigue. Chez le commotionné au contraire, le facteur fatigue

agit peu, le tremblement est à allure cyclique et augmente singulièrement sous une influence émotive. Chez les malades : basedowiens, typhiques, paludéens, l'allure des graphiques diffère dans chaque cas.

L'auteur termine son travail par une étude expérimentale des frissons toxi-infectieux et toxiques ; ceux-là paraissent être comme les frissons thermiques d'origine centrale ; ceux-ci, étudiés après l'introduction dans l'organisme du chien chloralisé et refroidi à 34°, de médicaments divers : alcaloïdes, sels minéraux, extraits opothérapiques, sont fonction du produit injecté ; tantôt ils les augmentent (caféine, nicotine), tantôt ils les diminuent (morphine, bromures).

Il faut vivement louer l'auteur de ce beau et consciencieux travail pour l'intelligence et la persévérance qu'il a déployées dans l'étude des différents facteurs qui conditionnent le tremblement. Il appartient à la lignée de ces médecins qui estiment, avec raison, que la clinique doit s'appuyer solidement sur la physiologie ; car « aujourd'hui la médecine ne rétrograde pas, elle suit la marche de son évolution scientifique et elle avance lentement, il est vrai, mais fatalement vers la forme expérimentale et impersonnelle qui appartient à toutes les sciences » (Cl. Bernard).

H. PÉNAU.

La pratique des manipulations urologiques, par le Dr E. GAUTRELET. Un volume, prix : 14 frs. A Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole de médecine. Paris, 1918.

Dans ce précis des manipulations urologiques, M. Gautrelet s'est proposé de faire simple, clair, pratique, en un mot clinique, et de mettre à la portée de tous les manipulateurs les éléments techniques de l'analyse d'urine.

Les recherches analytiques sont successivement exposées au point de vue clinique, physique, physiologique et bactériologique, avec la diversité et la grande variété qu'elles comportent. Aucun des renseignements que peut fournir au clinicien l'examen d'une urine n'y est négligé.

Traitement du tabès (Méningomyélite syphilitique postérieure, par E. LEREDDE. (A. Maloine et fils éditeurs). 14 francs.

Depuis 1902, c'est-à-dire dix ans avant la découverte de Noguchi, le Dr Leredde a combattu la théorie de Fournier sur les affections parasyphilitiques, et affirmé la nature syphilitique vraie du tabes et de la paralysie générale. Il en a affirmé également la curabilité, attribuant les échecs *à des fautes de technique* (traitements courts, traitements à doses faibles).

Le livre actuel peut être considéré comme la conclusion de tous les travaux antérieurs de l'auteur. La curabilité du tabes est, dit-il, *évidente*, chez les malades soumis à un traitement rigoureux et prolongé, en particulier par l'arsénobenzol.

L'affection peut être traitée par le mercure ; mais les résultats obtenus chez les malades soumis à une arme plus énergique, sont plus complets et plus rapides.

L'arsénobenzol et le néoarsénobenzol doivent être employés à doses fortes (sauf au début de la cure), d'une manière continue (les périodes de repos ne dépassant pas trois semaines), jusqu'à disparition de la séroréaction sanguine et des altérations du liquide céphalorachidien. Toutes choses égales d'ailleurs, l'affection est d'autant plus curable qu'elle est plus récente. Les dangers du traitement sont nuls, *quand il n'y a pas de fautes de technique.*

L'auteur étudie longuement les phénomènes réactionnels (r. de *Herxheimer*) qui suivent les injections : réactions générales (fièvre), réactions d'origine méningée, radiculaire et spinale L'exagération des symptômes du tabes, à la suite des injections, est à peu près de règle et explique pourquoi de si nombreux auteurs ont parlé et parlent encore d'aggravation. Il faut prévoir en particulier l'exagération des douleurs, des troubles gastriques, des phénomènes bulbaires. Peu à peu, au cours du traitement, les phénomènes réactionnels disparaissent.

Le traitement agit sur l'infection générale et amène normalement la disparition graduelle de la séroréaction sanguine — sur les altérations du liquide céphalorachidien qui obéissent de même à l'arsénobenzol — et sur les symptômes d'ordre clinique (douleurs, paresthésies, troubles de la sensibilité objective, troubles moteurs, troubles vésicaux, troubles gastriques (tabes gastrique), troubles bulbaires, troubles cérébraux associés). L'état général s'améliore d'une façon régulière.

Un chapitre est consacré à la direction morale. On ne peut traiter un tabétique sans lui indiquer dès le début la durée probable du traitement et l'exagération probable et parfois prolongée de la plupart des symptômes.

La seconde partie du livre contient les documents ; l'auteur a réuni toutes les observations, au nombre de 87, des malades qu'il a traités de 1911 à 1917. Il a ajouté des notes sur le traitement du tabes en 1916, la fréquence de la syphilis ignorée chez les tabétiques, la date du début de l'affection, la question des injections intrarachidiennes, enfin sur l'action de l'arsénobenzol dans les affections syphilitiques du système nerveux en dehors du tabes.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le Diabétique et son régime.

« Il est plus sage de laisser vivre le diabétique « avec quelques grammes de sucre, que de le « faire mourir en s'achannant, avec trop d'insis- « tance, à la disparition totale de la glycosurie, « qui, à un degré modéré, est parfaitement com- « patible avec une longue existence » (1).

Avec Martinet (2), l'on peut schématiser de la façon suivante l'évolution de la diététique du diabétique :

a) *Période classique* : Suppression ou restriction considérable des matières sucrées ou amylacées.

b) *Période critique* : « Il n'y a pas de diabète, il n'y a que des diabétiques ».

« Il n'y a pas de sucre, il n'y a que des sucres ».

c) *Période révolutionnaire* : Certains hydrates de carbone sont *ordonnés* comme moyens antidiabétiques : régime des Parmentières de Mossé, de Toulouse ; bouillie d'avoine, de von Noorden ; administration de glycogène.

Dans la pratique quotidienne, il n'est pas toujours simple de rechercher « *l'équation personnelle d utilisation du sucre* », non point à cause de la difficulté technique, mais en raison de ce qu'il ne faut point oublier que le « malade de clientèle » n'est pas à notre disposition comme le « malade d'hôpital ». Aussi nous paraît-il plus simple d'indiquer :

1° un régime sévère,

2° un régime tempéré,

l'examen clinique du malade devant permettre l'établissement de l'un ou de l'autre.

Pour simplifier encore, nous ne retiendrons que ce qui est *permis* au malade.

Régime sévère : Bouillon gras, bouillon maigre (p. de terre, poireaux, haricots verts, oseille, tomate, choux, cresson).

Pain : 30 gr. de pain grillé.

Toutes les viandes, tous les poissons.

Les œufs de toute façon.

Beurre et corps gras.

Légumes : salsifis, choux, choux-fleurs, chicorée et laitue, radis, champignons.

(1) Dr CAYLA, anc. chef cliniq. F. M. Bordeaux. — Les régimes alimentaires des malades et le régime parfait. Vigot, édit., 1912.

(2) LE GENDRE et MARTINET. — Les régimes usuels. Masson, édit., 1910.

Fromages : gruyère, fromages de chèvre, crême de lait.

Fruits : myrtille (compote ou gelée, sans sucre), noix, noisettes, amandes.

Boissons : vin rouge, vin blanc : 250 à 500 gr. par jour ; Lait : 250 à 500 gr. par jour ; Eaux minérales : (Vals, Alet, Evian) ; thé, café, camomille, feuilles de cassis.

2° *Régime tempéré* : Le régime précédent sera modifié par l'adjonction de 1 kil. de p. de terre, d'un plat de lentilles ; de fruits, tel que prunes, abricots, oranges ; de biscottes, de 100 gr. de pain grillé.

Le diabète chez les albuminuriques.

Le diabète chez les dyspeptiques,

Le diabète chez les tuberculeux,

exigera un régime spécial : de façon générale on insistera davantage sur le régime convenant le mieux à la maladie prédominante...

Dr R. Moliněry.

CORRESPONDANCE

L'aptitude restreinte des chirurgiens

1° *Classé chirurgien de carrière au Sous-Secrétariat*, désigné pour le front, sans affectation, ai-je le droit d'être affecté comme chirurgien avant de partir ?

2° Je suis inapte définitif, puis-je aller dans une unité combattante ?

3° Puis-je avoir mon 2e galon ayant 3 ans 1/2 de grade à T.T. ?

Dr P.

Réponse

1° Chirurgien de carrière, vous devez être classé comme tel à la rubrique : *Chirurgiens* sur la liste des « tours de départ », et affecté comme tel dans la zone des armées. Mais vous ne recevrez probablement votre affectation que du médecin chef de l'armée à laquelle vous serez envoyé.

2° Apte restreint (il n'y a plus d'inaptes définitifs pour les médecins) vous devez être affecté à une formation sanitaire de la zone des étapes.

3° Vous avez droit à votre deuxième galon au bout de deux ans de grade si vous avez un an au moins de présence aux armées, ou si vous en avez été évacué pour blessure reçue ou maladie contractée aux armées, ou si votre restriction d'aptitude est due aux mêmes causes.

Le paludisme blessure de guerre

J'ai l'honneur de vous demander si le paludisme contracté en Orient, est assimilé à une blessure de guerre.

Dr S.

Réponse

Le paludisme d'Orient n'est pas assimilé à une blessure de guerre.

C'est une maladie contractée au cours des opérations militaires.

La mise en congé des vieux R. A. T.

Auriez-vous quelques renseignements sur l'époque à laquelle doit être appliquée la circulaire concernant la mise en congé sans solde des médecins de la classe 1888 ?

Plus de trois mois se sont déjà écoulés depuis le jour où a paru cette circulaire et elle n'a pas encore, du moins dans la région, reçu un commencement d'exécution.

Huit médecins seulement, dans toute cette région, ont demandé à bénéficier des dispositions qu'elle contient.

Pas un seul n'a encore reçu de réponse.

Vous voyez qu'il n'y a pas grand'chose de changé depuis l'avènement au pouvoir du nouveau sous-secrétaire d'Etat.

On ne peut pourtant pas invoquer pour la non application des instructions ministérielles la pénurie des médecins à l'intérieur.

Un tiers de ceux-ci, ou à peu près, est devenu disponible...

Il est vrai que le service de santé n'a pas l'air de s'en douter, et que des médecins continuent à être affectés à des formations exigeant un quart d'heure de travail par jour.

Dr A.

Réponse.

Nous venons d'apprendre que le sous-secrétaire d'Etat au service de santé aurait décidé, en juillet dernier, de ne plus accorder jusqu'à nouvel ordre, en *raison des circonstances*, de mises en congé illimité sans solde, aux médecins des classes 1888 et plus anciennes, en se basant sur la loi qui maintient à la disposition du ministre de la guerre pendant la durée des hostilités les classes 1888 et 1887.

Nous sommes stupéfaits de cette décision, car nous croyons savoir, comme vous, que le nombre des médecins mobilisés est plus que suffisant pour répondre aux *besoins réels* du service de santé, et non à ceux qui résultent de la folie du nombre dont sont hantés tant de dirigeants.

Il faut croire que nous nous trompons, puisque le sous-secrétaire d'Etat, dont nous n'a-

vons aucune raison de douter des bonnes dispositions envers le corps médical, est d'avis que les 200 vieux aides-majors qui pourraient demander leur mise hors cadre leur sont indispensables.

Nous ne désespérons pas d'en avoir le cœur net.

L'aptitude restreinte est-elle définitivement acquise ?

Evacué des armées en 1916 pour pleurésie, j'ai passé devant le conseil des inaptes en septembre 1916 ; le conseil m'a déclaré inapte 3 mois.

En décembre 1916, j'ai été de nouveau convoqué devant un conseil qui m'a déclaré *inapte définitivement.*

La circulaire 574 C/7 m'ayant transformé en *apte restreint*, j'ai pris rang pour le tour de départ, suis parti en décembre 1917 et me suis présenté à la gare régulatrice.

Le médecin-chef m'a fait subir une nouvelle visite en février 1918 et m'a déclaré, après avis ds médecins — *apte restreint — à employer dans un poste de D. E.*

J'ai donc reçu l'affectation correspondant à mon aptitude.

Mais... Voilà !

Il y a trois semaines, un médecin-major est venu me visiter de nouveau par ordre du directeur du service de santé pour juger de mon inaptitude.

Je n'ai pu connaître le résultat de cette visite.

Après avoir été déclaré inapte définitivement en 1916 par un conseil spécial ;

Après avoir été maintenu apte restreint par la G. R. en février 1918 ;

Peut-on modifier mon aptitude pour les besoins du service ?

Cela me semble peu probable, mais je tiens à avoir votre avis à ce sujet. Dr C.

Réponse.

Il manque une donnée importante dans le problème que vous nous posez : le motif de votre restriction d'aptitude.

S'agit il d'un état pathologique améliorable, ou susceptible de disparaître ?

Rien ne s'oppose à ce qu'un avis médical le constate et modifie en conséquence votre situation.

S'agit-il au contraire de lésions définitivement acquises, de troubles fonctionnels incurables ? Il ne nous paraît pas possible que l'inaptitude partielle qui en résulte puisse, pour les besoins de la cause, faire place à une aptitude complète inexistante.

L'Algérie est-elle zone des armées ?

Évacué 2 fois du front et mis hors cadres il y a 14 mois, je vais être rappelé à l'activité d'ici peu avec « aptitude restreinte ».

Puis-je demander à partir en Algérie où le climat plus favorable me permettra, je l'espère, d'assurer un service sans être souvent malade comme par le passé ?

Si j'obtiens d'être envoyé en Algérie, tiendra-t-on compte de mon « aptitude restreinte » et dans ce cas, quelle sorte de poste me donnera-t-on à peu près ?

Le séjour en Algérie dans de telles conditions est-il considéré comme séjour au front, et *pourrais-je un jour être renvoyé d'Algérie au front*, malgré que j'y sois passé deux fois déjà ?

Dr A.

Réponse.

L'Algérie est une région territoriale militaire, la 19e. Il vous faudra donc obtenir d'abord une mutation de région à région.

Cela n'est pas impossible, si vous pouvez produire un certificat de visite et contre-visite médicales concluant à votre aptitude à servir en Algérie pour raison de santé.

Nous ne croyons pas que l'Algérie soit, d'autre part, considérée comme étant zone des armées, comme le Maroc par exemple.

Nous ne saurions vous fixer sur l'éventualité de votre affectation nouvelle, quoique apte restreint, dans la zone de guerre. Il s'agit là d'un cas d'espèce très particulier sur lequel vous pourrez sans doute obtenir des éclaircissements en vous adressant à la Direction du service de santé dont vous dépendez.

Quoiqu'il en soit, la réglementation en vigueur limite aux formations de la zone des étapes l'utilisation des aptes restreints.

La relève des médecins R. A. T.

Médecin d'un bataillon de travailleurs, isolé, je ne reçois aucune circulaire et ne sais que par ouï dire ce qui se passe.

C'est ainsi qu'un confrère prétendait l'autre jour devant moi que le Dr Mourier, sous-secrétaire d'Etat au service de Santé, avait l'intention de faire la relève des médecins jusqu'à la classe 1896, *incluse*.

Pourriez-vous, je vous prie, me dire si c'est vrai et dans l'affirmative, à quelle époque approximativement cette classe 96 pourrait être relevée ?

Dr D.

Réponse.

M. Mourier a peut-être, en effet, les intentions que vous lui prêtez, mais nous doutons

fortement que celles-ci se réalisent de sitôt, malgré nos efforts et nos démarches.

Pour le moment, rien ne permet de prévoir que les classes R. A. T. les moins anciennes seront rappelées à l'Intérieur. Nous en sommes seulement à la relève de la classe 1892 et nous ne connaissons aucune décision récente appliquant la même mesure aux classes suivantes.

Le roulement des médecins à l'avant.

Je suis médecin aide-major de 2e classe, classe 1901, c'est-à-dire que j'ai trente-sept ans. Marié, sans enfants, récupéré et mobilisé en 1917 ; venu au front fin septembre 1917, versé fin octobre 1917 au e bataillon du ne R. I., je suis donc au dixième mois de mon séjour dans un bataillon d'active, quoique étant médecin aide-major au titre territorial.

Je viens vous demander s'il n'existe pas une circulaire ou règlement sur lequel je puisse m'appuyer, surtout vu mon âge, pour être relevé de ma situation de médecin de bataillon. Si oui, veuillez me dire le texte de cette ou ces circulaires, et à qui je dois adresser ma demande et dans quelle forme.

D'une manière générale, les médecins de la division sont d'autant plus en avant sur le front qu'ils sont plus âgés ! Dr M.

Réponse.

Aux termes de la circulaire relative au roulement des médecins à l'avant, il faut douze mois de service dans une unité d'infanterie pour être relevé et recevoir une autre affectation.

Dans deux mois, vous aurez donc le droit d'escompter une mutation qui pourra vous amener dans une formation sanitaire.

La solde des médecins auxiliaires et des sous-aides-majors

Le docteur Mourier est Sous-Secrétaire d'Etat. Son avènement a amené chez les étudiants médicaux ou sous-aides une lueur d'espoir. « Quelqu'un allait s'occuper d'eux, bientôt ils sortiraient de l'ornière. »

Les journaux annoncèrent qu'une « indemnité de fonction » serait allouée aux médecins auxiliaires et sous-aides.

Ils l'attendent encore....

Cependant, nos égaux en grade, les interprètes stagiaires, qui avaient déjà les prérogatives d'officiers — « pour sauvegarder leur prestige » — dont la solde (177 fr.) était mensuelle, depuis longtemps, ont obtenu une nouvelle augmentation de 90 frs par mois.

O Égalité ! !

Serions-nous déjà oubliés ? ou juge-t-on que le seul honneur de figurer — une fois tué — sur les listes de pertes du corps médical, compense tous les suppléments de cherté de vie, et « sauvegarde notre prestige » ?

Vous pouvez peut-être nous renseigner et calmer par un espoir nouveau nos jeunes impatientés.

Si non, les colonnes hospitalières du *Concours* pourraient-elles — une fois de plus — s'encombrer de notre protestation ?

Merci.

F. L.

Le 2e échelon de solde après 4 ans de grade.

Des fautes d'impression s'étant glissées dans de précédentes indications à ce sujet. (*C. M.*, 15 septembre 1918, p. 776 ; p. 781 ; 1er octobre 1918, p. 874), nous précisons que le 2e échelon de solde est de :

406 fr. 50 par mois, pour les aides-majors de première classe ;

481 fr. 50 par mois, pour les médecins-majors de deuxième classe.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Mort au Champ d'honneur professionnel.

Le Dr François Le Huérou, médecin aide-major de 1re classe de réserve, vient de mourir à 31 ans, atteint d'une grippe infectieuse, contractée dans les tranchées, et 3 jours après son évacuation à l'ambulance de X... Ce jeune confrère avait reculé volontairement cette évacuation, malgré la fièvre intense dont il souffrait, « pour donner le bon exemple » et attendre un remplaçant, ne voulant pas abandonner son poste. Le Dr Le Huérou était membre du *Concours médical*.

Nous considérons, nous médecins, comme tombé au champ d'honneur, ce jeune confrère qui, en toute connaissance des risques qu'il courait, a voulu rester à son poste jusqu'au bout. Sans doute sa fin fut moins dramatique et moins glorieuse que celle de ceux qui sont frappés au cours de la bataille. Mais elle dénote encore plus d'abnégation dans le sacrifice consenti froidement et en pleine conscience. Honneur à cette victime du devoir médical.

J. N.

Une belle série de citations :

Raymond Tournay, médecin auxiliaire au 44e Régiment, d'Infanterie coloniale :

Ordre du jour du Régiment (21 février 1915)

« Aux attaques des 17 et 18 février 1915, s'est prodigué pour donner ses soins aux blessés, et s'est porté courageusement pour les relever jusqu'aux fils de fer ennemis. »

Ordre du jour de la Division (30 juin 1915)

« S'est rendu dans une tranchée violemment bombardée pour relever les blessés. Ayant été enseveli à deux reprises sous les décombres des explosions, n'a quitté la tranchée qu'après l'évacuation de tous les blessés. Par son intrépide bravoure fait l'admiration de tout son bataillon. »

Ordre du jour de l'armée (*Officiel* du 2 septembre 1915)

« Atteint le 30 juin par un éclat d'obus à la cuisse, alors qu'il donnait des soins aux blessés, sous un bombardement intense. a continué son service, se dépensant sans compter. »

Citation pour la Médaille militaire (*Officiel* du 14 novembre 1915)

« A fait preuve au cours des journées des 5 et 6 octobre 1915, du plus grand courage et d'un dévouement absolu. Est allé, au péril de sa vie, pendant le jour, en terrain découvert, à la ligne avancée, pour panser des blessés que le feu des mitrailleuses ennemies empêchait d'évacuer. Est retourné à la nuit diriger l'évacuation de ces blessés. Trois fois cité à l'ordre et trois fois blessé au cours de la campagne. »

Ordre du jour de l'armée (*Officiel* du 3 avril 1917)

Raymond Tournay,
Médecin aide-major de 2e classe au 44e Régiment d'Infanterie coloniale :

« Jeune médecin d'une superbe bravoure dont le dévouement magnifique a fait l'admiration de tous le 14 octobre 1916. »

Le médecin aide-major Raymond Tournay est le fils de notre confrère et ami le Dr Paul Tournay, de Paris. Félicitations du *Concours Médical.*

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La réclamation est un droit absolu.

Depuis quelques mois, nous avons reçu un assez grand nombre de lettres de nos correspondants, dans lesquelles ceux-ci se plaignaient d'avoir adressé, par la voie hiérarchique, quelquefois à deux ou trois reprises, des demandes ou des réclamations et de n'avoir jamais reçu de réponse de l'autorité militaire qu'ils avaient saisie.

Cette manière désinvolte d'en agir ainsi avec des officiers qui croient avoir à formuler une requête basée sur les dispositions en vigueur, est absolument contraire aux prescriptions ministérielles. Ces dispositions ayant été perdues de vue par les échelons successifs de la hiérarchie, le Ministre vient de rappeler ceux-ci au respect de ses ordres et à la stricte observance de ses décisions.

Voici la *toute récente* Circulaire qui comporte ce rappel.

C. M. 12079 D, du 27 août 1918.

Depuis un certain temps, je suis saisi de nombreuses réclamations protestant contre la non-application de la circulaire n° 1016-D du 17 février 1916, qui avait prescrit que *tout militaire aurait le droit d'attirer l'attention de ses chefs sur sa situation et au besoin d'en appeler au Ministre.*

Dans de nombreux cas, non seulement aucune réponse n'est donnée à l'intéressé, mais bien souvent même, la réclamation n'est pas transmise.

Ces errements ont pour résultat de provoquer de fâcheux mécontentements et de faire perdre aux soldats toute confiance à la voie hiérarchique.

Convaincus de l'impossibilité d'obtenir une réponse aux demandes remises à leurs supérieurs, ils s'adressent aux parlementaires. Ce recours institue pour ceux-ci une sujétion importune et peut avoir pour la discipline des inconvénients certains.

Pour faire cesser cet état de choses, j'estime qu'il y a lieu de rappeler, expressément, à toutes les autorités militaires, les prescriptions de la circulaire du 17 février 1916, et d'en exiger la stricte application.

Je vous prie en conséquence, de donner les instructions nécessaires et, en particulier, de tenir la main à ce que les cas de non-application de ces dispositions, qui seront relevés soient l'objet d'une sanction disciplinaire.

Ainsi, il est formellement acquis que tout militaire a le droit absolu d'appeler l'attention sur lui, et au besoin d'aller jusqu'au Ministre.

Nous ne prétendons pas que les réclamants obtiendront satisfaction à tous les coups. Mais, ce qu'ils sont en droit d'attendre, c'est une réponse. Si cette réponse, émanant de l'un quelconque des degrés de la hiérarchie, ne les contente pas, ils peuvent récidiver et demander que leur cas soit soumis à la plus haute autorité, c'est-à-dire au Ministre. Il faut qu'ils sachent cependant qu'ils deviennent alors justiciables d'une sanction disciplinaire, si leur réclamation n'est pas admise.

Nous recommandons essen*tiellement à nos* amis de toujours étayer leurs demandes sur les textes précis des règlements ou des Circulaires, et en conformité avec ceux-ci.

Un militaire qui sollicite un changement de position que la réglementation en vigueur lui permet de demander, — un médecin d'une vieille classe de R. A. T. qui cherche à être affecté à sa résidence du temps de paix, — est fondé à escompter une réponse. S'il ne l'a pas reçue dans le délai d'un mois au maximum, il peut écrire directement au Ministre, en négligeant la voie hiérarchique, mais en ayant soin d'exposer que c'est faute d'avoir été informé de la suite donnée à sa première demande qu'il recourt à cette procédure expéditive. Nous recommandons instamment à nos correspondants de garder le double de leur première lettre, avec sa date et son numéro d'enregistrement au départ, afin de pouvoir justifier, sur des preuves matérielles, leur conduite et leurs affirmations.

Aide-mémoire du Médecin de complément

Recueil des indications, renseignements et documents officiels publiés dans le Concours médical, depuis le 2 août 1914.

I. — Affectations.

Affectations des médecins.

— Peuvent être affectés, le cas échéant, à leur résidence du temps de paix :

1° Les officiers du service de santé des classes 1888 et plus anciennes ;

2° Les officiers du Service de Santé qui, par leurs charges de famille, chaque enfant donnant droit à une classe de mobilisation de plus, sont renvoyés dans les classes 1888 et plus anciennes ;

3° Les officiers du Service de Santé pères de sept enfants vivants et au-dessus, quelle que soit leur classe de mobilisation.

(C. M. n° 564 Ci/7 du 30 juillet 1917. In *Conc. Méd.* du 1er novembre 1917, p. 925).

— Les dispositions de la C. M. n° 564 Ci/7 sont applicables aux médecins auxiliaires, dentistes militaires et adjudants des sections d'infirmiers qui en formuleront le désir.

(C. M. n° 33.959 du 14 octobre 1917. In *Conc. Méd.* du 15 novembre 1917, p. 972).

— La répartition des officiers du Service de Santé est basée sur la classe de mobilisation et le nombre des enfants. Mais il ne paraît pas possible d'affirmer que les officiers de tel ou tel âge, et pères de 4 et 5 enfants ou veufs pères de 3 enfants seront affectés à tel ou tel poste, tant dans la zone des armées que dans celle de l'intérieur.

(*J. O.*, 12 août 1917. In *Conc. Méd.* du 1er déc. 1917, p. 1024.)

— Les médecins mobilisés appartenant aux classes 1888 et plus anciennes ne peuvent être affectés à leur résidence du temps de paix, en application des dispositions en vigueur, quand cette localité ne possède pas une garnison ou une formation sanitaire susceptible de justifier la présence de médecins militaires du grade des intéressés.

(*J. O.*, du 18 décembre 1917. In *Conc. Med.* du 15 avril 1918, p. 375).

— Aucun médecin ne reviendra dans sa ville de résidence s'il ne s'y trouve vacant un emploi de son grade.

Toute affectation entraîne le départ d'un des médecins de la place.

Aucun service ne sera dédoublé pour procurer un poste nouveau à moins de nécessités nouvelles.

Tout médecin désigné pour la population civile de sa résidence sera mis en congé illimité sans solde, à moins qu'il ne soit en même temps chargé du service d'une formation sanitaire ou d'un corps de troupe.

(C. M. n° 664 Ci/7 du 13 février 1918. In *Conc. Med.* du 15 mars 1918, p. 272).

Médecins rapatriés.

— Les médecins ayant rang d'officiers, ainsi que les médecins auxiliaires rapatriés d'Allemagne comme sanitaires, peuvent être employés dans les corps de troupe aussi bien que dans les formations sanitaires, à condition qu'ils soient maintenus dans des emplois neutralisés.

L'utilisation de ce personnel dans ces emplois est conforme aux conventions internationales. (In *Conc. Méd.* du 1er juillet 1918, p. 615).

— Les médecins rapatriés sont envoyés en permission d'un mois avant de reprendre leur service. A l'issue de cette permission, ils rejoignent leur région d'origine où ils reprennent leur tour de départ aux armées, compte tenu de leur âge et de leurs charges de famille.

(*J. O.* du 18 déc. 1917. In *Conc. Méd.* du 1er avril 1918, p. 324).

— Calcul du tour de départ au front.

Les officiers du Service de Santé veufs avec enfants sont catégorisés dans la classe immédiatement antérieure, compte tenu par ailleurs du nombre de leurs enfants. (Exemple un officier de la classe 1898 veuf avec trois enfants sera placé dans la classe 1894).

Disposition étendue aux médecins auxiliaires, dentistes militaires et adjudants des sections d'infirmiers par un additif du 25 août 1918.

Dans chaque classe, il y a lieu de tenir compte également pour le tour de départ, du temps passé au front et du séjour à l'intérieur des officiers depuis leur retour des armées.

(C. M. 724, Ci/7 additif à la C. M. 290 Ci/7 du 17 octobre 1917. In *Conc. Méd.* du 1er août 1918, p. 701.)

Radiation des cadres.

Le § de la C. M. n° 1914 du 17 février 1918 relatif aux mises hors cadres des officiers de complément doit être interprété en ce sens que les officiers des classes 1888 et plus an-

TUBERCULOSE • LYMPHATISME • ANÉMIE • TUBERCULOSE

TRICALCINE

RECONSTITUANT

LE PLUS PUISSANT = LE PLUS SCIENTIFIQUE = LE PLUS RATIONNEL



LA RÉCALCIFICATION

ne peut être ASSURÉE d'une façon CERTAINE PRATIQUE

QUE PAR LA TRICALCINE

A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES

TUBERCULOSE PULMONAIRE – OSSEUSE PÉRITONITE TUBERCULEUSE

RACHITISME - SCROFULOSE

ALLAITEMENT - CROISSANCE

TROUBLES DE DENTITION - CARIE DENTAIRE

DYSPEPSIES ACIDE - ANÉMIE

CONVALESCENCES-FRACTURES

se vend :
TRICALCINE PURE
EN
POUDRE, COMPRIMÉS, GRANULÉS, ET CACHETS
TRICALCINE CHOCOLATÉE
Préparée spécialement pour les Enfants
TRICALCINE
Méthylarsinée
Adrénalinée
Fluorée
en cachets seulement

Échantillons et Littérature sur demande
LABORATOIRE des PRODUITS
"SCIENTIA"
10, Rue Fromentin,
PARIS

CROISSANCE • RACHITISME • SCROFULOSE

DYSPEPSIE NERVEUSE • TUBERCULOSE

CARIE DENTAIRE • DIABÈTE

LA GRIPPE,

(dans ses formes asthéniques surtout)

EST TOUJOURS TRAITÉE AVEC SUCCÈS

par le PHYTINATE DE QUININE

LABORATOIRES CIBA, 1, Place Morand, LYON

O. ROLLAND, Pharmacien.

L'ANTISEPTIQUE URINAIRE IDÉAL



Le SEUL qui réunisse les avantages suivants :

1° SOLUBILITÉ DE L'UROTROPINE (syn. Hexametylène tetramine) grâce à sa combinaison avec les acides oléique et citrique, d'une innocuité absolue.

2° ACTION BALSAMIQUE du santalol, sans troubles digestifs ni maux de reins, comme en provoquent les essences de santal du commerce qui contiennent toujours des matières résineuses.

3° ENROBAGE AU GLUTEN permettant au médicament de traverser l'estomac sans troubler la digestion, ni être décomposé par elle, et assurant sa dissolution graduelle dans l'intestin grêle *(ce qu'on ne peut obtenir avec les formes liquide ou granulée).*

4° TOLÉRANCE PARFAITE quel que soit le nombre des capsules absorbées

Échantillon sur demande : A. LÉGER, Ph^cien, 1?, Rue Saint-Antoine, PARIS (4e)

TÉLÉPHONE 111

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique **MONCOUR** Hypopepsie *En sphérulines dosées à o gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Hépatique **MONCOUR** Maladies du Foie Diabète par anhépathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De à 4 suppositoires par jour	**EXTRAIT** Pancréatique **MONCOUR** Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour	**EXTRAIT** Entéro-Pancréatique **MONCOUR** Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Intestinal **MONCOUR** Constipation Enterite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphéruline par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR** Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées a 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	**EXTRAIT** Rénal **MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Uremie *En sphérulines dosees à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	**CORPS** Thyroïde **MONCOUR** Myxœdème, Obesité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	**POUDRE** Ovarienne **MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Menopause Neurasthénie feminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	**AUTRES** Préparations **MONCOUR** **Extrait de Muscle lisse** **Extrait de Muscle strié** **Moelle osseuse** **Myocardine** **Poudre surrénale** **Thymus, etc., et**

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

ciennes pourront être rayés des cadres sur leur demande.

(Note ministér. nº 2833 du 27 avril 1918. In *Conc. Méd.* du 15 mai 1918, p. 472.)

— La C. M. nº 14077 A 1/7 du 30 avril 1918 étend aux médecins de la classe 1888 la mesure prise par la C. M. nº 33.763 du 21 octobre 1917 autorisant les médecins des classes 1887 et plus anciennes à demander soit leur mise en congé illimité sans solde, soit leur mise hors cadres pour raisons de santé. (In *Conc. Méd.* du 15 novembre 1917, p. 972).

Un fils tué à l'ennemi compte comme enfant vivant pour le calcul de la classe dite de départ de son père, compte tenu des charges de famille.

(In *Conc. Méd.* du 15 mai 1918, p. 472).

Roulement aux armées.

— Le roulement entre médecins et médecins auxiliaires comptant aux armées et établi par les Circul. du G. Q. G. Nºs 1385/5, 3586/5, 6538/5 7363/5 et 19.885 s'opère :

1º Entre médecins appartenant depuis plus d'un an aux unités d'infanterie et aux compagnies du Génie et de l'artillerie, des unités de chemin de fer et des formations sanitaires ;

2º Entre les médecins sous-aides-majors et auxiliaires appartenant depuis plus d'un an aux unités d'infanterie et ceux des compagnies du Génie, de l'artillerie et des unités de chemins de fer ;

3º Les médecins auxiliaires affectés depuis plus de six mois aux ambulances automobiles chirurgicales seront relevés par des médecins auxiliaires provenant des régiments d'infanterie et seront versés dans ces mêmes régiments sans exception.

(In *Conc. Méd.* du 15 novembre 1917, p. 979).

Médecins maintenus en activité.

— Les officiers de complément évacués des armées, inaptes à tout service, actif ou sédentaire, par suite d'infirmités provenant de blessures ou d'un fait de service, contractées à l'occasion du service, mais ne présentant pas les caractères de gravité et d'incurabilité susceptibles d'ouvrir des droits à la pension de retraite, seront jusqu'au vote de la nouvelle loi sur les pensions, maintenus en activité et placés dans la position de congé, avec solde de présence ou d'absence dans les conditions fixées par le décret du 1er janvier 1915.

Les officiers de complément du Service de Santé devront être maintenus en activité et placés dans la position de congé jusqu'à la promulgation de la future loi sur les pensions actuellement pendante devant le Parlement, non seulement lorsqu'ils auront été évacués des armées, mais aussi lorsqu'ils auront contracté, même à l'intérieur, une maladie contagieuse en service commandé, soit auprès des malades, soit en procédant à des examens de laboratoire.

(Art. 236 et 239 de l'I. M. nº 23.499 K du 5 septembre 1917).

— Le grade supérieur ne peut être conféré à titre de récompense des services rendus, aux médecins de complément, lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge.

(*J. O.* du 19 mai 1918. In *Conc. Méd.* du 15 juin 1918, p. 568).

II. — Aptitude.

— La mention d'inaptitude à faire campagne est remplacée par la mention « aptitude restreinte ».

Les officiers du Service de Santé de cette catégorie (aptes restreints) prendront place sur la liste de tour de départ aux armées dans les mêmes conditions que les officiers classés comme aptes à faire campagne. Quand ils seront touchés par leur tour de départ, ils seront mis en route sur les armées où ils recevront un emploi correspondant à leur compétence et à leur aptitude.

La mention apte restreint sera portée sur leur ordre de mise en route.

Tout officier du Service de Santé reconnu impropre au service soit avant son départ, soit à son arrivée à la gare régulatrice, doit être l'objet d'une proposition régulière de mise hors cadre.

(C. M. nº 574, Ci/7 du 20 août 1917. In *Conc. Méd.* du 1er octobre 1917, p. 824).

— Les médecins auxiliaires ne peuvent être déclarés aptes restreints. Ils doivent être classés, à l'exclusion de toute autre catégorie, soit dans le service armé, soit dans le service auxiliaire, si leur aptitude est incomplète. Il pourra être fait appel, le cas échéant, à ceux du service auxiliaire pour le ravitaillement en personnel sanitaire des formations d'étapes.

(C. M. du 14 octobre 1917. In *Conc. Méd.* du 1er déc. 1917, p. 1017).

III. — Armée active.

Admission dans l'armée active.

Le décret du 18 février 1917 pour l'applica-

tion de la loi du 21 décembre 1916, fixe les conditions auxquelles un médecin de complément peut être admis dans l'armée active. (*Conc. Méd.*, 15 mai 1917, p. 444).

La loi du 10 août 1917 modifie les deux premiers §§ de la loi précipitée. (*Conc. Méd.*, 15 sept. 1917, p. 799).

IV. — Avancement.

— Le Décret du 18 janvier 1917 et l'Instruction du même jour pour l'application du Décret du 12 novembre 1914 règlent la hiérarchie et les conditions de promotion et d'avancement des étudiants en médecine mobilisés.

(In *Conc. Méd.* du 1er février 1917, pp. 121, 122).

— Les Docteurs en médecine diplômés d'une faculté française peuvent être nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, à la condition de produire un certificat de visite et de contre-visite médicales établissant l'état de santé des intéressés et faisant ressortir leur aptitude à faire campagne.

Tout auxiliaire, tout engagé spécial, tout exempté ou réformé perdra, du fait de sa nomination, son statut ou le bénéfice de sa réforme et de son exemption au point de vue de ses obligations militaires.

Tout candidat devra spécifier, dans sa demande, qu'il se déclare prêt à rejoindre toute destination qui lui sera donnée, même aux armées.

(Addendum aux Instruct. Minist. des 9 janvier 1916 et 18 janvier 1917. In *Conc. Méd.* du 1er juin 1917, p. 578).

— Peuvent être nommés médecins aides-majors de 2e classe à titre temporaire pour la durée de la guerre, dans la mesure des besoins :

1° Les docteurs en médecine diplômés d'une faculté française.

Aucune condition de service accompli dans l'armée active n'est exigée, et les nominations peuvent avoir lieu, que l'intéressé, incorporé ou non, soit du service armé, ou du service auxiliaire, ou qu'il soit exempté, réformé ou dégagé de toute obligation militaire.

2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, Les étudiants en médecine pourvus de 16 à 10 inscriptions.... *à des conditions précisées.*

Les demandes des candidats doivent faire ressortir exactement la situation militaire et professionnelle de l'intéressé. Elles seront accompagnées des pièces suivantes :

Etat signalétique et des services et relevé des punitions pour les militaires et anciens militaires seulement.

Certificat de visite et de contre-visite médicales constatant l'aptitude au service armé dans les formations du service de santé, même de la zone des armées.

Extrait de naissance.

Extrait du casier judiciaire (à demander par l'autorité militaire).

Diplômes ; brevets ; certificats de l'autorité civile justificatifs des déclarations des intéressés.

Tout auxiliaire, tout engagé spécial, tout exempté ou ajourné perdra, du fait de sa nomination son statut ou le bénéfice de sa réforme ou de son exemption et devra se déclarer prêt à rejoindre toute destination qui lui sera donnée même aux armées.

(Instruction du 15 septembre 1917, Art. 27-30. In *Conc. Méd.*, 1er déc. 1917, p. 1017).

— Les aides-majors de 2e cl. à titre temporaire, aptes à servir dans les unités combattantes, ayant au moins un an de service dans les armées, ou ayant été évacués pour blessure ou maladie seront promus lieutenants (aides-majors de 1re cl.) au bout de deux ans de grade.

Loi du 10 août 1917. Art. 3. In *Conc. Méd.* du 15 sept. 1917, p. 799.)

— Les sous-lieutenants et aides-majors de 2e cl. à titre temporaire, déclarés « inaptes » par suite de blessures de guerre ou de maladies contractées dans les unités combattantes seront promus lieutenants au bout de 2 ans de grade.

(Loi du 28 juillet 1918. In *Conc. Méd.* 15 août 1918, p. 745.)

V. — Etudiants en médecine

P. C. N.

— Il n'a pas paru possible d'affecter et de maintenir dans les sections d'infirmiers les étudiants en médecine pourvus du P. C. N. et titulaires de 2 inscriptions de doctorat (*J. O.* In *Conc. Méd.* du 1er avril 1917, p. 310).

Inscriptions et examens

— Il n'est pas interdit aux étudiants mobilisés de prendre des inscriptions et de se présenter aux examens à la condition que la scolarité correspondante à ces inscriptions ou dont ces examens sont la sanction ait été régulièrement accomplie avant l'incorporation, et que l'autorité militaire dont dépendent ces étudiants

leur laisse la facilité nécessaire pour y prendre part.

(Min. Inst. Publ. au *J.O.* du 30 mai 1917. In *Conc. Méd.* du 1er septembre 1917, p. 757).

Soutenance de thèse

— Les étudiants possesseurs de 16 inscriptions y compris leurs examens de doctorat, qui auront été à même de préparer leur thèse de doctorat peuvent obtenir un congé de 2 mois pour la soutenir devant la Faculté à laquelle ils appartenaient en temps de paix. (*J. O.* du 20 juin 1917. In *Conc. Méd.* du 1er octobre 1917, p. 837).

P. C. N.

Les étudiants en médecine possesseurs avant leur incorporation du seul diplôme P. C. N. ne peuvent être autorisés à suivre des cours spéciaux leur permettant de continuer leurs études médicales et, le cas échéant, d'être promus au grade de médecin auxiliaire. (*J. O.* du 22 janvier 1918. In *Conc Méd.* du 1er mai 1918, p. 416).

Etudes

—Peuvent être autorisés à prendre des inscriptions et à poursuivre leurs études les étudiants des classes 1916 et plus anciennes déjà inscrits dans les Facultés et actuellement sous les drapeaux, dans la mesure où le leur permettent leurs obligations militaires, les étudiants versés dans le service auxiliaire pour blessures reçues ou maladies contractées au front, les médecins aides-majors, sous aides-majors et auxiliaires évacués pour blessures reçues ou maladies contractées au front.

C. M. du 26 mars et du 26 mai 1918. In *Conc. Méd.* du 1er juillet 1918, p. 604.

— Ne doivent être versés dans une section d'infirmiers militaires que les étudiants en médecine qui sont d'une classe antérieure à 1918 et qui ont pris leurs inscriptions antérieurement à leur incorporation. La question du versement dans le service de santé des étudiants des classes 1912 à 1916 incluse qui ont pris des inscriptions de doctorat postérieurement à leur incorporation, en vertu de la Circulaire du ministre de l'I. P. du 26 mars 1918, est actuellement à l'étude.

J. O. du 28 août 1918. In *Conc. Méd.* du 15 octobre 1918, p. 925).

VI. — Médecins auxiliaires

Solde

—Les médecins auxiliaires du service auxiliaire, docteurs en médecine, remplissant dans un régiment les fonctions de chef de service n'ont pas droit au traitement qu'ils recevraient comme médecins traitants dans un hôpital, (indemnité complémentaire suffisante pour porter la solde de médecin auxiliaire au taux de celle de médecin aide-major de 2e classe). (*J.O.*, In *Conc. Méd.*,du 15 avril 1917, p. 348).

Indemnités

—Les docteurs en médecine, médecins auxiliaires du service auxiliaire faisant fonction de médecins traitants dans les hôpitaux complémentaires qui reçoivent une indemnité mensuelle portant leur solde au taux de celle d'aide-major de 2e cl. restent soumis au point de vue de la solde et des allocations auxquelles ils ont droit comme hommes de troupes, à toutes les dispositions réglementaires concernant les militaires de leur grade. Ils sont donc soit à solde journalière, soit à solde mensuelle. S'ils se trouvent dans les conditions voulues, ils doivent recevoir la haute paie de guerre et constituer leur pécule (*J. O.* du 1er novembre 1917. In *Conc. Méd.* du 1er mars 1918, p. 224).

— L'indemnité prévue par l'art. 9 de l'Inst. Minist. du 21 octobre 1913 portant la solde des docteurs en médecine du service auxiliaire à celle d'aide-major de 2e cl. est accordée aux médecins de cette catégorie affectés aux hôpitaux complémentaires ; mais le nombre de ces affectations est *déterminé d'après* l'importance de l'hôpital et suivant un tableau annexé à l'instruction précitée. (*J. O.* du 1er août 1917. In *Conc. méd.* du 15 octobre 1917, p. 813).

— Les docteurs en médecine médecins auxiliaires du S. X. faisant fonction de médecins traitants dans les hôpitaux complémentaires reçoivent pour charge de famille une somme égale à celle attribuée aux officiers (*J.O* du 17 juillet 1918. In *Conc. Méd.* du 1er juillet 1918, p. 701).

Affectations

Les médecins auxiliaires du service auxiliaire ne doivent, aux armées, être affectés qu'aux formations non combattantes (*J. O.* du 18 novembre 1917. In *Conc. Méd.* du 15 mars 1918, p. 272).

Gratuité des soins donnés par les médecins militaires.

— Les médecins mobilisés mis à la disposition des populations civiles ne doivent pas

recevoir d'honoraires ou émoluments des particuliers ou des administrations civiles.

Les soins donnés en *dehors de leur service* par les médecins militaires ou militarisés aux *malades civils indigents ou aisés*, qui peuvent avoir recours à eux en raison de l'absence de leurs médecins habituels, doivent être gratuits. Il en est de même des consultations données ou des opérations faites à ces mêmes malades par des chirurgiens ou des spécialistes militaires ou militarisés.

Seuls peuvent être exigés des particuliers, des administrations civiles ou des municipalités, suivant les cas, les moyens de transport qui seraient nécessaires aux médecins pour se rendre auprès des malades éloignés de leur résidence ou le remboursement intégral des dépenses et frais divers, occasionnés par ces déplacements.

(C. M. 17023 du 4 décembre 1914 et 66 Ci/7 du 21 avril 1916. In *Conc. méd.* du 9 janvier 1918, p. 83.)

VII. — Médecins de complément

Honorariat

L'instruction ministérielle du 26 mars 1917 fixe les conditions dans lesquelles les officiers de complément et assimilés sont admis dans la position d'officiers honoraires. In *Conc. Méd.* du 1er juin 1917, p. 494).

Uniforme

Les officiers en congé ou hors cadres ne sont pas autorisés à porter l'uniforme dans l'accomplissement de leur profession industrielle, commerciale, financière, libérale ou manuelle. (C. M. nº 6070 du 8 mai 1918. In *Conc. Méd.* du 15 juin 1918, p. 568).

Limite d'âge

La limite d'âge pour la radiation des cadres des officiers de complément est ainsi fixée :

Médecins inspecteurs..........	65 ans
Médecins principaux de 1re cl...	63 ans
Médecins principaux de 2e cl...	61 ans
Médecin-majors de 1re cl........	58 ans
Médecins-majors de 2e cl...... .	55 ans

Patente

Le médecin qui, mobilisé aux armées, a fermé son cabinet et cessé de visiter la clientèle civile, depuis une époque antérieure au 1er janvier, n'est pas imposable à la contribution des patentes. (*J. O.* du 12 août 1917. In *Conc. Méd.* du 1er novembre 1917, p. 933).

Pharmaciens-médecins

Les pharmaciens de complément docteurs en médecine qui justifient qu'ils exerçaient dans la vie civile la profession de médecin peuvent, sur leur demande, être autorisés à passer par décret avec leur grade et leur ancienneté de grade dans le cadre des médecins de complément.

Les pharmaciens de complément qui, depuis le 2 août 1914, ont renoncé à leur grade de pharmacien pour être nommés médecins aides-majors de 2e cl. seront, s'ils ont fait l'objet d'une proposition de leurs supérieurs hiérarchiques, admis à bénéficier des dispositions qui précèdent.

(Décret du 23 juillet 1918. In *Conc. Méd.* du 15 juillet 1918, p. 745).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Questions et réponses.

I

23627. — M. Barthe, député, demande à M. le Ministre de la guerre si un chirurgien, chef de service, peut déléguer ses fonctions d'inspecteur à un autre médecin et aboutir au résultat qu'un jeune médecin aide-major inspecte un service des plus importants et de médecins plus élevés en grade. (*Question du* 5 *septembre* 1918.)

Réponse. — En principe, un inspecteur ne peut déléguer ses fonctions. Toutefois, en raison de la multiplicité des charges que doivent assurer les chirurgiens chefs de secteur, il est parfois nécessaire que ceux-ci donnent mission à des médecins d'une compétence reconnue, de recueillir pour leur compte des renseignements. Mais il demeure entendu que le chirurgien chef de secteur garde seul le droit de formuler, sous sa responsabilité, des appréciations et des propositions.

(*J. O.* du 28 septembre 1918).

II

23734. — M. Tournade, député, demande à M. le Ministre de la guerre pourquoi les spécialistes et les aides-spécialistes ne prennent pas rang suivant leur classe, comme les autres médecins, pour le tour de départ aux armées, ajoutant que cette inamovibilité crée en leur faveur une injustice, en faisant partir à leur

place des médecins plus âgés qu'eux. (*Question du 5 septembre* 1918.)

Réponse. — Les médecins spécialistes et leurs assistants partent à leur tour aux armées au titre de leurs spécialités. En outre, des instructions ont été données pour qu'il soit procédé à une relève progressive des spécialistes des classes âgées des armées, par ceux des classes jeunes de l'intérieur.

(*J. O.* du 13 septembre 1918).

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

La lutte contre la tuberculose.

M. le Docteur Noir, rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Hyères, le 28 Août 1918.

Mon très honoré Confrère,

En lisant l'article que vous avez publié dans le Concours Médical du 15 août 1918, sur la lutte contre la tuberculose pulmonaire, j'ai constaté combien vous vous intéressez à la solution de cette grave question ; cela m'engage à vous faire part des réflexions qu'il m'a suggérées et qui sont les suivantes :

Comme vous le dites si judicieusement, ma communication à l'Académie de Médecine ainsi que la pétition que je viens d'adresser au Parlement sur la lutte contre la propagation de la tuberculose des voies respiratoires, ne contiennent rien de bien nouveau. Je ne suis pas, en effet le premier à en réclamer l'urgence et comme tant d'autres j'aurais gardé le silence sur cette question, si je n'avais constaté que la situation n'étant plus la même depuis quelques années et surtout par suite de la guerre actuelle, il y avait lieu de prendre certaines mesures de préservation sociale contre le danger qui nous menace et dont la gravité ne peut être mise en doute par personne, si l'on tient compte du nombre toujours croissant des tuberculeux qui reviennent tous les jours du front ou de la dure captivité teutonne.

L'avenir prouvera si j'ai eu tort, ou si j'ai eu raison de crier gare ; mais je constate, et vous le constatez aussi, que si l'on a pris quelques mesures en faveur des tuberculeux réformés de la guerre, on n'a rien fait encore pour la population civile. Comme vous le dites fort bien, il ne suffira point, si l'on veut préserver nos concitoyens de l'infiltration tuberculeuse, de désinfecter les logements occupés, *ante sicut post mortem*, par les malades atteints de tuberculose des organes de la respiration ; il faudrait si l'on veut obtenir un résultat certain, prendre toute une série de mesures qui permettraient de soigner efficacement les tuberculeux à tous les degrés de leur maladie, tout en s'efforçant d'éteindre un foyer qui menace de tout dévorer, et vous en tracez en quelques lignes un cadre dont je ne saurais trop approuver l'ensemble, puisqu'il comprendra, non seulement la désinfection des logements devenus insalubres par ce qu'ils auront été habités par des tuberculeux pulmonaires, mais aussi ceux que dans ma communication à l'Académie de Médecine, j'ai accusés d'être la honte de notre civilisation et qu'il faudrait démolir en leur appliquant l'article 12 de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, *dont j'ai reproduit un § tout entier.*

Nous sommes donc d'accord sur le but qu'il faudrait atteindre et nous ne différons d'opinions que sur l'opportunité qu'il y aurait à se servir actuellement des moyens que notre détresse financière rendra, j'en conviens, fort restreints ; mais, parce que la désinfection des logements en question laissera dans bien des cas à désirer, cela prouvera-t-il qu'elle sera inutile ? Le Conseil Général du Var ne le pense point, et nous ne saurions trop l'en féliciter, car il a cherché un moyen de s'opposer à l'infiltration tuberculeuse que l'on constate depuis quelques années, non point dans les stations hivernales que notre département possède sur la côte d'Azur, mais bien dans les communes les plus éloignées de ces centres d'infection et qui sera forcément augmentée, si l'on n'y met obstacle, par suite du retour dans leurs foyers des réformés tuberculeux de plus en plus nombreux qui ont contracté leur maladie dans leurs régiments ou dans les camps de captivité allemands.

Quant à la séquestration des tuberculeux pulmonaires, je l'ai toujours rejetée comme inutile, et si j'ai réclamé avec instance la création d'asiles spéciaux dont le recrutement serait effectué par les dispensaires prévus par la loi du 15 février 1916, j'ai bien spécifié qu'ils seront destinés à abriter et à soigner convenablement les tuberculeux indigents ou sans famille, qui continueront, sans cela, à se traîner avant de mourir dans les salles des hôpitaux ordinaires où il serait bien difficile de leur donner les soins spéciaux dont ils ont besoin.

Nous sommes donc, mon très honoré con-

frère, du même avis sur le fond de cette si importante question de la lutte contre la propagation de la tuberculose des voies respiratoires parmi nos populations urbaines et rurales, tout en préconisant des programmes plus ou moins complets quant à sa réalisation.

Je suis, je l'affirme énergiquement, un partisan convaincu de celui que vous avez si magistralement exposé dans le *Concours médical*. Je doute cependant qu'il soit réalisable en ce moment si critique sous tant de rapports ; je crois néanmoins, qu'en attendant des temps plus propices, il est urgent de faire quelque chose et que l'on pourrait se contenter du projet plus restreint que j'ai cru devoir proposer.

Mais quelle que soit la solution qui sera adoptée, si l'on veut obtenir un résultat quelconque, permettez-moi de vous faire observer, qu'on devra lui donner pour bases : 1° la déclaration obligatoire de la maladie que l'on sera décidé à combattre ;

2° la création d'asiles pour les tuberculeux indigents ou sans famille ;

3° la création d'un Ministère de la santé publique ou d'un sous-secrétariat qui en sera responsable au Ministère de l'Intérieur.

Docteur Emile Vidal (d'Hyères).

Les tuberculeux à l'armée.

Très honoré et cher confrère,

Dans un très intéressant et fort substantiel travail que vient de publier le *Journal Officiel*, (Documents parlementaires, Chambre, Annexe n° 3653, rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales et de la Commission de l'hygiène publique, exceptionnellement autorisées à se réunir, pour examiner en commun la proposition de loi de MM. André Honnorat et Fernand Merlin tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, par M. André Honnorat), M. André Honnorat, député, aborde son sujet dans les termes que voici :

« Le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de « Santé faisait connaître récemment au Sénat « que le nombre des hommes exclus de l'armée « pour tuberculose, entre le 2 août 1914 et le « 31 octobre 1917, s'élevait au chiffre de 89.430, « se décomposant ainsi :

« Réformés n° 1..........	8.879
« Réformés n° 2..........	80.551

« C'est beaucoup, et pourtant, c'est moins, « beaucoup moins, qu'on ne pouvait craindre.

« Nous tenons à le constater tout de suite, « sans nous attarder à rechercher dans quelle « proportion ce nombre pourrait être réduit, si « l'on en défalquait les doubles emplois, et « aussi, certaines erreurs de diagnostic qui, par « la suite, ont pu être heureusement rectifiées. » (Page 698. Introduction. Colonne 2.)

Bien certainement, « c'est beaucoup, et pourtant c'est moins, beaucoup moins, qu'on ne « pouvait craindre... », si l'on tient le total de 89430, indiqué ci-dessus, comme sincèrement exact. Pour ma part, je le crois *très au-dessous* de la réalité :

En effet, si ce total pourrait être *quelque peu* réduit, « si l'on en défalquait les doubles em- « plois et, aussi, certaines erreurs de diagnostic, « qui, par la suite, ont pu être heureusement « rectifiées », dans quelles proportions, à mon avis, *considérables*, ne devrait-il pas, par contre, être augmenté, si l'on voulait y faire rentrer — comme on doit le faire en toute justice et sincérité — TOUS *les militaires tuberculeux*, méconnus volontairement ou non, qui sont rangés dans la catégorie des *convalescents* ou dans celle des *inaptes*, tous ceux *dont la mort est survenue avant que la réforme ait pu être prononcée*, tous ceux enfin — et le chiffre en est certainement considérable — *réformés temporairement* seulement ou classés *dans le service auxiliaire* ! Faut-il appuyer cette manière de voir les choses telles qu'elles sont et non pas telles qu'on voudrait qu'elles soient, par des exemples ? En voici deux, CHOISIS PARMI PLUSIEURS AUTRES, qui me paraissent des plus démonstratifs et qui sont, malheureusement, très loin de constituer des exceptions :

Le soldat B... E..., âgé de 22 ans, appartient à la classe 1915.

Passe le conseil de révision le 26 octobre 1914; est pris bon pour le service armé, dans lequel il est maintenu le 24 décembre 1914, par la visite d'incorporation car sa santé était, comme elle l'avait d'ailleurs été jusqu'alors « magnifique ».

En février 1915, commence à tousser et à souffrir de points de côté : se fait porter *plusieurs fois* à la visite où, malgré un amaigrissement progressif qui, finalement, a atteint 34 livres en deux mois et demi, on ne le reconnaît jamais malade.

En mai 1915, son sergent, qui le voit dépérir à vue d'œil, lui ordonne de se présenter à nouveau à la visite : le 11 mai, on l'envoie à l'hôpital sous l'étiquette : « Bronchite suspecte du sommet droit. »

Après une série d'évacuations, qui l'ont fait passer d'une formation sanitaire dans une autre et qui constituent le plus clair du traitement auquel il a été soumis, il est *réformé* n° 2, en juillet 1915.

Le 8 novembre suivant, il passe la contre-

Demandes et Offres (Suite)

reconnaissant à confrère qui lui procurerait à domicile des travaux de correction, d'écritures ou autres du même genre lui fournissant complément de ressources.

N° 93. — Dentiste diplômé est demandé pour la direction d'un cabinet dentaire de docteur mobilisé, dans ville du midi. Chiffre d'affaires important. Bénéfices à partager.

Petite correspondance

Dr J... à *Concours*. — Pouvez-vous me donner les renseignements suivants :

1° Un médecin exerce dans une agglomération dépourvue de pharmacie à cinq kilomètres et sur la commune d'une petite ville qui en est pourvue. A-t-il le droit de faire de la pharmacie ?

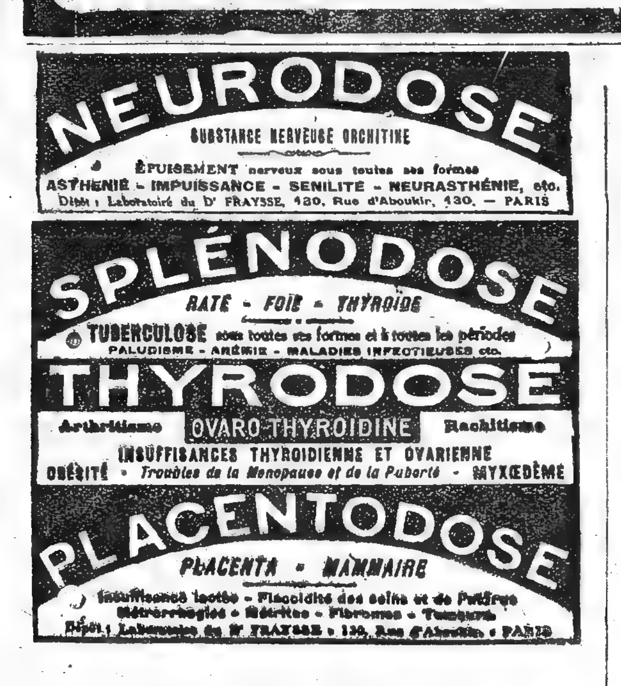
2° Au cas où la réponse serait négative, ce même médecin a-t-il le droit de faire de la pharmacie dans une maison de santé patentée dont il est un des médecins, et pour les besoins de la dite maison de santé ?

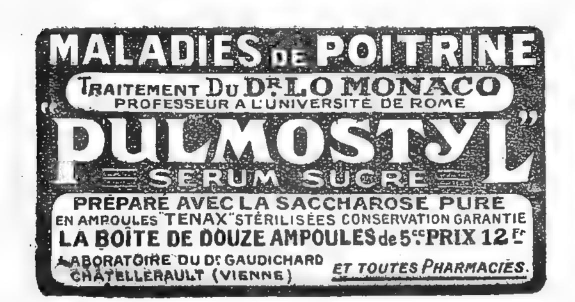
3° En règle générale, quelles sont les conditions dans lesquelles un médecin installé a le droit de faire de la pharmacie pour les besoins de sa clientèle ?

Réponse. — Il faut et il suffit, pour qu'un médecin ait le droit de délivrer des médicaments à ses clients, qu'il n'existe pas d'officine de pharmacie ouverte dans la commune où il a sa résistance. La loi ne fixe aucune condition de distance.

Puisqu'il y a une pharmacie ouverte dans la commune où vous résidez, vous ne pouvez donc, légalement, délivrer de médicaments à vos clients.

Vous ne pourriez non plus en délivrer dans une maison de santé dont vous êtes le médecin, alors même, d'après la jurisprudence, que cette maison de santé serait située dans une commune où il n'y aurait pas d'officine de pharmacie ouverte. C'est, en effet, d'après la résidence du médecin que se détermine le droit de faire la pharmacie.


NEURODOSE
SUBSTANCE NERVEUSE ORCHITINE
ÉPUISEMENT nerveux sous toutes ses formes
ASTHÉNIE - IMPUISSANCE - SENILITÉ - NEURASTHÉNIE, etc.
Laboratoire du Dr FRAYSSE, 130, Rue d'Aboukir, 130. — PARIS
SPLÉNODOSE
RATE - FOIE - THYROÏDE
TUBERCULOSE sous toutes ses formes et à toutes les périodes
PALUDISME - ANÉMIE - MALADIES INFECTIEUSES etc.
THYRODOSE
Arthritisme
OVARO-THYROIDINE
Rachitisme
INSUFFISANCES THYROIDIENNE ET OVARIENNE
OBÉSITÉ - Troubles de la Ménopause et de la Puberté - MYXŒDÈME
PLACENTODOSE
PLACENTA - MAMMAIRE


MALADIES DE POITRINE
TRAITEMENT DU Dr LO MONACO
PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE ROME
"PULMOSTYL"
SERUM SUCRÉ
PRÉPARÉ AVEC LA SACCHAROSE PURE
EN AMPOULES "TENAX" STÉRILISÉES CONSERVATION GARANTIE
LA BOITE DE DOUZE AMPOULES de 5cc PRIX 12 Fr
LABORATOIRE DU Dr GAUDICHARD
CHATELLERAULT (VIENNE)
ET TOUTES PHARMACIES.


BRONCHITES
ASTHME · TOUX · GRIPPE
LOBULES DU Dr DE KORAB
A L'HÉLÉNINE DE
EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
2 à 4 par jour
L'HÉLÉNINE DE KORAB calme la toux, les quintes même incoercibles, tarit l'expectoration, diminue la dyspnée, prévient les hémoptysies
Stérilise les bacciles de la tuberculose et ne fatigue pas l'estomac
CHAPES 12, RUE DE L'ISLY PARIS

visite ordonnée par la loi Delbiez, qui a été votée dans l'intervalle ; il est récupéré pour le *service auxiliaire*.

Mais sa santé, toujours défectueuse, fait qu'il est présenté, le 6 décembre 1915, devant une Commission de Réforme, qui le *réforme* alors *temporairement*.

Il passe l'hiver à Nice, où l'examen de son expectoration y révèle la présence de bacilles de Koch.

Le 3 novembre 1916, il repasse une nouvelle visite qui le fait récupérer une seconde fois, dans le *service auxiliaire*.

Il est classé « *inapte*, deux mois » le 11 décembre 1916 et « *inapte définitif* » le 3 janvier 1917.

Le 3 février 1917, il entre à l'hôpital militaire.

Le 19 février 1917, il est proposé pour un *congé de convalescence* de trois mois, qui lui est accordé et qu'il va passer à Nice.

A l'expiration de ce congé, il demande une prolongation, qui lui est refusée.

Il rentre alors à son dépôt le 20 mai 1917.

Il est proposé, le 25 mai 1917, pour une *réforme temporaire* qui lui est accordée.

Après s'être longuement et consciencieusement soigné — autant que la lamentable odyssée, ci-dessus rapportée, lui a permis de le faire — tant pendant ses congés de réforme ou de convalescence que pendant le dernier congé de réforme temporaire que nous avons vu lui avoir été accordé, le 25 mai 1917, il arrive à Cambo-les-Bains, le 19 octobre 1917, dans un état des plus sérieux : en proie à une fièvre intense, que n'expliquent que trop une tuberculose pulmonaire bilatérale *ouverte*, à lésions profondes et étendues — une tuberculose abdominale sévère et des plus douloureuse — et une tuberculose bucco-pharyngo-laryngée, extrêmement pénible.

Quoi que l'on fasse pour remédier à un état aussi complexe et sérieux, la maladie s'affirme inexorable et ce tuberculeux meurt, à la fin de décembre 1917, ayant encore, devant lui, cinq mois de congé de réforme temporaire, que la mort l'empêche de pouvoir utiliser !

Le soldat R... R... B..., âgé de 32 ans, s'est toujours montré particulièrement fort et vigoureux, « taillé en véritable hercule » et jouissant d'une santé habituelle parfaite.

Mobilisé dès les premiers jours de la guerre dans les meilleures conditions de santé, fait campagne, sans le moindre incident, jusqu'à octobre 1916, moment auquel il commence à se sentir fatigué.

A noter que, pendant l'été de 1916, il « a vécu « côte à côte, avec un soldat manifestement « tuberculeux. »

Se sentant de plus en plus fatigué, il demande à passer la visite, fin octobre 1916 : on diagnostique un rhume et on lui prescrit de la teinture d'iode.

Entre fin octobre 1916 et milieu de janvier 1917, il se présente plusieurs fois à la visite, où chaque fois on établit le même diagnostic (rhume) et on formule le même traitement (teinture d'iode).

Entre temps (fin décembre 1916), étant en permission, ce malade consulte son médecin habituel, un civil, qui conseille l'hospitalisation immédiate, laquelle est, enfin, obtenue le 20 janvier 1917.

Hospitalisé à l'hôpital de C..., il y demeure six semaines et est, finalement, *réformé temporairement* le 28 février 1917.

A noter un détail qui a son importance et qui témoigne, une fois de plus, de la triste et singulière façon dont la tuberculose est reconnue, comprise et traitée dans l'armée : après que sa réforme temporaire eut été prononcée, ce malade qui, déjà à ce moment-là était fébrile, m'a expliqué et bien précisé qu'il a dû sortir de l'hôpital militaire à quatre heures du matin et qu'il s'est vu dans l'obligation de parcourir, *à pied*, les sept kilomètres qui le séparaient de la gare qui lui avait été désignée pour aller prendre le train qui, paraît-il, lui avait été spécialement désigné aussi, malgré l'heure extrêmement matinale de son départ, comme étant celui qu'il devait prendre pour rentrer chez lui.

Il va ensuite se soigner, successivement, à Nice, à Châtou, à Hauteville (sanatorium)... puis arrive à Cambo-les-Bains le 1er novembre 1917 « n'étant plus que l'ombre de lui-même », aux prises avec une tuberculose pulmonaire bilatérale *ouverte* évoluant depuis des mois entiers et, quoi que l'on ait pu faire, d'une manière franchement aiguë et hautement fébrile.

Ce tuberculeux militaire meurt le 30 mars 1918, sans que sa réforme temporaire, qui expirait un mois auparavant, ait eu le temps d'être transformée en réforme définitive !

Donc, pour l'un comme pour l'autre de ces deux militaires tuberculeux, dont je viens de résumer la lamentable histoire — et dont l'une, tout au moins, n'est certainement pas comprise dans les 89.430 cas ci-dessus avoués — la mort s'est chargée d'imposer, finalement, la réforme définitive que les Conseils de Réforme qui ont eu à examiner ces deux soldats tuberculeux n'ont pas ou n'ont pas voulu prononcer *en temps utile*, conformément à ce qui n'était, cependant, que juste et à ce qui correspondait, au surplus, au triple intérêt bien compris du pays, de l'armée et de la santé des militaires en cause.

Sans doute ces deux soldats ont-ils été consi-

dérés, au moins pendant un certain temps comme de « faux tuberculeux, »

De « faux tuberculeux » ! Voilà deux mots qui reviennent à plusieurs reprises dans le rapport, d'autre part si remarquable, de M. André Honnorat, deux mots dont on use bien souvent, depuis quelque temps, en matière de tuberculose militaire et, parfois, au grand détriment du pays, de l'armée et des malades que l'on range à tort sous cette étiquette, à la fois commode, trompeuse et dangereuse.

Comme le remarquent très justement les docteurs Ch. Laubry et L. Marre, dans leur remarquable article « sur l'aptitude au service militaire des tuberculeux pleuro pulmonaires (*Paris-Médical*, 7e année, n° 29, 21 juillet 1917) : « D'une « tuberculophobie excessive, on est volontiers « passé à l'incorporation aveugle — nous allions « *dire systématique* — des tuberculeux tant soit « peu torpides » (page 62, 1re colonne)

Et plus loin, après avoir reproduit les chiffres d'une statistique, qui porte sur 600 militaires, tuberculeux ou soupçonnés de tuberculose, statistique qui indique finalement 89 non tuber- « culeux et 212 cicatrisés, qui ont formé un total « de 301 récupérés, soit 50 p. 100 », ces deux auteurs ajoutent fort judicieusement : « C'est une « très belle proportion, mais encore faudrait-il « savoir *ce que sont devenus ces récupérés*, quelles « ont été leurs affectations, et *si leur carrière « hospitalière a bien été définitivement interrom- « pue.* » (Page 63, 2e colonne.)

Telle est, évidemment, la réflexion qui s'impose à tout observateur attentif et impartial, à tout esprit non prévenu, à tout médecin qui connaît la tuberculose pulmonaire, ses modalités d'évolution, ses perfidies, ses trêves trompeuses et ses redoutables réveils.

Dans une lettre que le *Concours Médical* du 15 mai 1918 a reproduite, le docteur Meslier, ex-médecin-chef de l'hôpital de Barbezieux, remarquait fort justement :

« J'ai constaté que la tuberculose pulmonaire « a fait parmi les militaires qui rentrent dans « leurs foyers, à la troisième période de la phti- « sie, des *progrès considérables*. Il ne se passe pas « de mois, sans que je voie arriver à ma consul- « tation des réformés n° 2, chez lesquels le trai- « tement est inutile. » (Page 463, 2e colonne et « 464, 1re colonne.)

Et plus loin :

« ... *Un tuberculeux guéri, récupéré, ne peut « pas faire un soldat, ni dans les tranchées, ni à « l'arrière, ni dans les usines*. Il doit être ren- « voyé chez lui, muni d'un *vade mecum* d'hy- « giène, que lui délivrera le Comité départe- « mental d'assistance aux militaires tuberculeux « de son domicile, Comité qui doit exister dans « chaque département ». (Page 464, 2e colonne.)

Cette dernière proposition a été considérée comme parfaitement exacte pendant de longues années, avant la guerre. Elle n'a rien perdu, de l'avis de beaucoup de médecins, de sa valeur, dans les circonstances que nous vivons depuis quatre ans... en dépit de tous les dangereux errements actuels, qui ne riment à rien moins qu'à affaiblir, chaque mois davantage, le pays et la race, sans même qu'il en résulte, en compensation, le moindre avantage pour l'armée, bien au contraire !

Tout récemment, un confrère qui exerce dans une station climatérique d'été me donnait à propos de ses malades actuels, tuberculeux, l'intéressante appréciation que voici :

« Si vous saviez les diagnostics bizarres que « me présentent toute une catégorie de malades « et combien il est difficile pour le médecin de « la station de manœuvrer dans toutes ces fan- « taisies pour, d'une part, ne pas déjuger le « confrère et d'autre part, soigner avec quelque « efficacité l'intéressé. L'un, qui présente une « induration grossière à diagnostiquer, n'est « atteint, à l'entendre et à en croire son méde- « cin, que d'une imperméabilité nasale ! L'au- « tre, infiltré avec des tubercules, n'a qu'une « bronchite banale ! Quel tort les infatués, en « mal de nouveautés, n'auront-ils pas fait à la « phtisiologie !

« Il n'est pas douteux que l'on fait, en ce « moment, et en ces matières, un pas en arrière « et que des idoles détruites renaissent. C'est « désespérant ! »

Oui, c'est désespérant ! Il faut avoir le courage de voir la vérité telle qu'elle se présente, de la regarder en face et de la proclamer hautement : la tuberculose exerce dans l'armée, depuis le commencement de la guerre, des ravages considérables, insoupçonnés. Le regretté professeur Landouzy a été un des premiers à le reconnaître et il me soulignait cette triste et dure vérité, quand en m'écrivant le 6 octobre 1916, il insistait tout particulièrement, dans sa lettre, sur « le flot montant de la tuberculose, sur laquelle « la guerre aura enfin ouvert les yeux, *le péril « étant encore bien plus grand que je ne le procla- « me depuis vingt ans* », ajoutait-il.

Tout ce qui précède me ramène finalement à la même conclusion que celle par laquelle je terminais une de mes précédentes lettres au *Concours Médical*, reproduite dans le numéro du 1er décembre 1917 :

« Le jour où les présidents des Conseils de

« révision ou de réforme et les médecins mili-
« taires experts, pourront être rendus respon-
« sables — *comme cela peut avoir lieu dans la vie
« civile* — des décisions qu'ils prennent, des
« conséquences que peuvent finalement entraî-
« ner ces décisions, des *fautes* LOURDES, en un
« mot, qu'ils pourront commettre — et je n'en
« connais pas de plus lourdes que celles qui peu-
« vent avoir pour résultat et conclusion la mort
« d'un homme — bien des existences françaises
« seront, sans doute, épargnées et conservées à
« la Patrie, qui, plus que jamais, en a tant be-
« soin .. au lieu d'être inutilement et trop sou-
« vent, inhumainement sacrifiées. » (Page 1014, 1re colonne.)

Je vous serais bien reconnaissant de bien vouloir accorder à cette lettre la bonne hospitalité du *Concours Médical* ».

P. HAMANT.

II

La lettre que je vous ai écrite hier sur « les tuberculeux à l'armée » est à peine partie, lorsque, relisant d'anciens numéros du *Concours Médical* et du *Journal de Médecine de Bordeaux*, j'y retrouve quelques renseignements venant renforcer la conviction dans laquelle je suis, avec bien des médecins, que le total des 87.430 réformés n° 1 et n° 2, donné dans le rapport de M. André Honnorat comme étant celui « des « hommes exclus de l'armée pour tuberculose « entre le 2 août 1914 et le 31 octobre 1917 », est « certainement *très au-dessous de la réalité*.

Dans un article des plus intéressant et très fortement documenté, publié par le *Journal de Médecine de Bordeaux*, en mars 1916, sur « l'hospitalisation des militaires tuberculeux », le docteur Ch. Jolly, attaché à la direction du Service de Santé de la 18e Région, donne les chiffres bien significatifs que voici :

« Dans la 18e Région, le relevé annuel des cas « de tuberculose, admis à la réforme, d'août 1914 « à septembre 1915, se décompose ainsi :

« Réformés pour tuberculose provenant des « établissements hospitaliers, 1975.

« Nombre des tuberculeux dont la réforme a « été prononcée en dehors des établissements « hospitaliers, 1897 » (page 87, 1er renvoi de la 2e colonne.)

Ce qui revient à dire que, pendant la première année de la guerre, il y a eu dans la 18e Région, 3.872 réformés pour tuberculose.

Comme il y a, en France, vingt-et-une Régions militaires, une simple multiplication nous conduit au total respectable de 80.000 militaires tuberculeux *reconnus tels*, POUR UNE SEULE ANNÉE.

D'autre part, le numéro d'avril 1916, du *Concours Médical* a publié, du même auteur (docteur Ch Jolly) une très intéressante étude sur « le problème des tuberculeux militaires : une « création intéressante mais insuffisante », et j'y trouve les lignes que voici :

« Les stations sanitaires ne peuvent suffire à « l'hospitalisation de tous les militaires tuber- « culeux. A l'heure actuelle, en effet, ces stations « possèdent environ 2.000 lits, pour les malades « qui y resteront trois mois. Comment ces 2.000 « lits, disponibles chaque trimestre, pourront-ils « suffire pour recevoir les 15.000 *militaires tuber- « culeux* QUI SONT RÉFORMÉS DANS LES TROIS « MOIS CORRESPONDANTS ? » (page 160, 1re colonne.)

15.000 *militaires tuberculeux réformés tous les trois mois*, cela fait soixante mille (60.000) par an, chiffre qui se rapproche énormément de celui de quatre-vingt mille (80.000), auquel nous sommes arrivés ci-dessus, en prenant pour base les réformés tuberculeux de la 18e Région, si l'on veut bien considérer que les régions militaires de France n'ont certainement pas toutes, à ce point de vue en particulier, la même importance, ni par conséquent, le même rendement en tuberculeux militaires, les très grandes villes (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, par exemple) étant notoirement les meilleures pourvoyeuses de « la grande faucheuse. »

Nous pouvons donc logiquement tenir pour exact le nombre de soixante mille (60.000) militaires tuberculeux, *reconnus tels*, et réformés comme tels en une année, ce qui, après quatre années de guerre nous conduirait au total de deux cent quarante mille (240.000) militaires tuberculeux.

Et, dans ce nombre, ne seraient pas compris tous les militaires tuberculeux, méconnus volontairement ou non, (je n'ai que trop de raisons de penser que le nombre en est considérable) rangés sous les étiquettes de : *convalescents, inaptes, décédés avant d'avoir été réformés, réformés temporairement. classés dans les services auxiliaires !*

Comment, dès lors, s'étonner que le docteur Debierre, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, sénateur du Nord, ait pu prononcer au Sénat le 16 février 1917, les paroles que voici :

« Ceci m'amène à demander à Monsieur le « Ministre de la Guerre, combien de réformés « n° 2 — je ne parle pas des réformés n° 1 — « l'ont été, depuis le début des hostilités. J'en « connais le chiffre, Messieurs, je ne vous le « donnerai pas, parce qu'il n'est pas prudent, « je crois, de le donner à la tribune, mais il est « considérable, émotionnant, même, *de même*

« *hélas! que celui des réformés pour tuberculose* « *pulmonaire* » (*Journal Officiel*, Sénat, séance du 16 février 1917, page 195, 3e colonne.)

Mais que nous voilà bien loin du chiffre de 89.430 militaires tuberculeux réformés, donné par l'éminent rapporteur de la proposition de loi tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire.

N'est-ce pas, une fois de plus, hélas, le cas de répéter, en l'adaptant à cette lamentable et angoissante question de la tuberculose dans l'armée, pendant la guerre, le vers bien connu du poète :

« Parturiunt montes, nascitur ridiculus mus. »

Je vous remercie, très honoré et cher confrère, dès maintenant et par avance, de la bonne hospitalité que vous voudrez bien, je l'espère, accorder dans le *Concours Médical* à cette lettre supplémentaire, à la suite de celle que je vous ai adressée, hier, sur cette même question qu'elle complète et corrobore utilement.

P. HAMANT.

VARIÉTÉS

« Le cafard » (1)

Dans un magnifique ouvrage paru antérieurement à celui-ci, les auteurs étudiaient les différents aspects psychologiques, philosophiques biologiques du courage : ils en fixaient la genèse, déterminaient les lois de son écoulement pendant le combat, étudiaient la régénérescence chez l'individu à potentiel nerveux déchargé. Aujourd'hui ils nous donnent le cafard, apportant ainsi à la psycho-pathologie du combattant une nouvelle contribution de premier ordre (2).

Psychologues, philosophes, neuro-pathologistes et vaillants soldats, toutes qualités indispensables et si exceptionnellement réunies pour aborder un sujet de cette envergure, H. et V. ont su, de main de maître, démêler les différents facteurs qui interviennent pour créer le cafard. Cet état morbide complexe et polymorphe, affecte en effet des aspects très différents, qui sont fonction de la dominante psychologique initiale du sujet. Nous n'osons aborder qu'avec timidité l'analyse de cet ouvrage homogène et dense solidement construit, mais aussi élégamment ordonnancé qu'un temple antique, tant elle risque d'être incolore et incomplète. Que le lecteur veuille donc bien en excuser l'insuffisance et la sécheresse aride et qu'il ait recours à l'original. Nous dirons cependant, qu'en scientifiques qu'ils sont, les auteurs ont commencé par poser leur sujet sur une base histophysiologique solide. Ils nous montrent que la qualité primordiale de l'homme d'action consiste dans l'adaptation immédiate du réel présent (présentification), qualité qui relève anatomiquement du fonctionnement intégral des dendrites neuroniens et des fibres d'Exner, travaillant symbiotiquement ; elle est, en outre, sous la dépendance de la richesse en chromature de la cellule nerveuse. Si la première fonction est altérée ou bien si la cellule est déficiente en chromature, alors surviennent la tristesse et l'asthénie ; puis le cafard s'installe sournoisement et insidieusement chez ce maléficié nerveux.

« C'est d'abord un état psychique puis organique, créé par la vie des tranchées, développé par la monotonie et le surmenage émotionnel, laissant d'abord apparaître la tristesse, les obsessions nostalgiques, familiales, professionnelles ; puis une sensation de fatigue, ensuite un état de fatigue avec insomnie, inappétence, amaigrissement, anxiété, perte de la volonté : enfin un véritable état de confusion mentale... qui est déjà autre chose que du cafard ».

Vient ensuite un chapitre original et très plein d'intérêt sur le cafard colonial, produisant des troubles psychiques à base d'aboulie chez les hyposthéniques, à base d'impulsion chez les hyperesthéniques, à coloration passionnelle chez la femme.

Il en va de même pour le cafard du poilu : asthénique, il aura le cafard triste ; ce sera un languissant, un morose, un désolé ; hypersthénique, au contraire, il aura le cafard furieux et en lui on reconnaîtra, à son humeur sombre et farouche le « rouspéteur » et le grognard. Est-il au contraire, plus ou moins *déséquilibré*, ce poilu fera suivant son tempérament actif ou passif, du scandale ou des fugues et dans l'un comme dans l'autre cas, pourra être passible du conseil de guerre.

Les auteurs terminent leur ouvrage par un aperçu synthétique très neuf sur le cafard des Sociétés à certaines époques.

Nous dirons, en outre, que ce livre, d'une haute tenue morale, est l'œuvre de deux soldats, en qui flambe intensément le feu de l'action et de la vie ; c'est une joie que de les voir stigmatiser le dilettantisme stérilisateur et bafouer l'amorphie de nos ennuyés d'avant-guerre ; c'en est une autre toute intellectuelle celle-là de goûter le style de cet ouvrage tout à la fois vigoureux et puissant, savoureux et rabelaisien ; il lui communique une couleur haute, vive, lumineuse.

Ajoutons enfin que le livre est délicieusement préfacé par ce chroniqueur si fin qu'est le Dr Helme ce qui ajoute à sa lecture un charme de plus.

H. PÉNAU.

(1) Dr HUOT et Dr VOIVENEL. — B. Grasset éditeur, Paris.

(2) La trilogie est complète maintenant puisque MM. Huot et Voivenel viennent de faire paraître la psychologie du soldat. (Renaissance du livre, 78, Bd. St-Michel, Paris).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 21 — 1er NOVEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS

Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Etranger	15 »
Etudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION

Dr A. GASSOT, DIRECTEUR

Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT

DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT

J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION

Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF

Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

ABONNEMENTS

Paiement des Abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi, une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les Bureaux de Poste*).

AVIS

Nous rappelons à nos abonnés que toute insertion destinée à paraître à la rubrique « Demandes et offres » doit être visée au préalable par le *Commissaire de Police* pour Paris, et pour la province par le *commissaire spécial du chef-lieu du département*.

Nous n'insérerons que les annonces qui nous parviendront munies de ce visa.

DEMANDES ET OFFRES

N° 94. — On demande un médecin réformé ou fatigué (pas tuberculeux), pour accompagner dans conditions agréables jeune militaire gazé, obligé de passer l'hiver dans le Midi. Fournir références.

N° 95. — Infirmière diplômée, références de premier ordre, sérieuse, honorable, bonnes capacités médicales et ménagères désire place chez Docteur. S'occuperait de diriger intérieur.

Suite page XXI.



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD,** de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et *n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni* accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

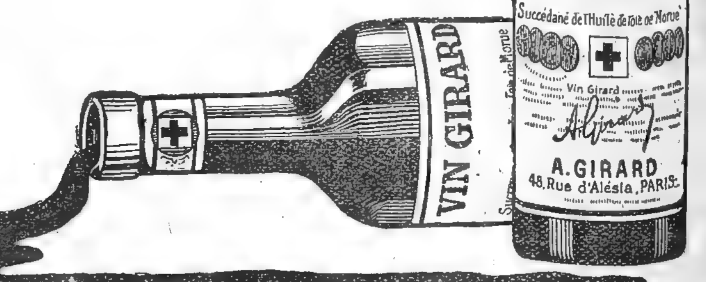
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia PARIS

Quarantième année — N° 21 — 1er Novembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Aux confrères libérés des régions du Nord et de l'Est.......... 939
L'épidémie de grippe espagnole et la faillite de la prophylaxie administrative.......... 939

Partie Scientifique

Clinique chirurgicale
Diagnostic des tumeurs du cou, par M. le professeur Pierre DELBET.......... 942
Actualités médicales.
Notes sur la grippe actuelle (influenza-grippe espagnole).......... 946
Revue des Sociétés Savantes.
Les hémoptysies lointaines chez les blessés du thorax. — Sur la grippe actuelle. — Endocardite scarlatineuse. — Traitement des gonococcies par un vaccin nouveau. — L'aptitude militaire des cardiaques. — Rechutes tardives dans la méningite cérébro-spinale. — Méningites et septicémies à paraméningocoques. — Injections intra-veineuses d'urotropine dans quelques infections. — Arsenothérapie intra-veineuse intensive et abolition du réflexe achilléen. — Les psychonévroses convulsives.......... 948
Notes pratiques d'un médecin du front
Le bien-être de nos soldats au cantonnement, par le Médecin-major de 2e classe A. SATRE.......... 952
Bibliographie.
La suspension dans le traitement des fractures. — Etudes sur la pathologie du soldat.......... 956
Notes de pratique quotidienne.
L'albuminurique et son régime.......... 957

Correspondance

Les médecins auxiliaires du S. X. nommés aides-majors perdent leur statut d'auxiliaires. — A propos de la solde. — Un peu de tout. — La mise hors cadre des vieux médecins R. A. T.......... 958
L'automobile du médecin.
Extrait d'une Circulaire ministérielle aux Préfets du 19 octobre 1918.......... 964
Le Livre d'Or du Corps Médical Français.
Citation.......... 964

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité. — L'assimilation de grades des médecins militaires est une hérésie. — La répartition des médecins. — Les vieilles classes. — Nécessité d'un statut des médecins de complément.......... 965
Psychiatrie de guerre.
La réforme des paralytiques généraux.......... 970
Un exemple à suivre.

Partie Professionnelle

Les problèmes de l'après-guerre : La reconstitution de la clientèle des médecins mobilisés. — Aux populations françaises : Une dette d'honneur. — La protection de la clientèle des médecins mobilisés. — Les cessions de clientèle.......... 974
Mutualité familiale du corps médical français.
Réunion du Conseil d'Administration.......... 977
Médecine professionnelle.
Comment nos Administrations paperassières facilitent aux médecins l'exercice de leur profession. Les autos des médecins. — Le syndicat des médecins de la Seine, et la déclaration obligatoire de la tuberculose.......... 981

PROPOS DU JOUR

Aux confrères libérés des régions du Nord et de l'Est.

C'est le cœur étreint d'une indicible et patriotique émotion que nous avons suivi, jour par jour, pas à pas, sur la carte, la marche triomphale de nos armées et de celle de nos alliés, libérant avec une rapidité prodigieuse les villes, les bourgs et les villagss du Nord et de l'Est de la France.

Notre pensée s'est aussitôt portée vers nos confrères, qui, nous en sommes sûrs, oublient dans la joie de retrouver la France, les longues années de tristesses, de misères, et de deuils.

A ces vaillants praticiens de Lille, de Roubaix, de Tourcoing, d'Armentières, de Lens, de Cambrai, de Saint-Quentin, de Laon, de Vouziers, etc., à tous ceux qui, restés dans leurs villes et leurs campagnes ont bravement continué leur mission secourable au milieu des pires dangers et des plus dures souffrances physiques et morales, le *Concours médical* adresse ses plus *chaleureuses et respectueuses sympathies.*

L'heure est venue d'entr'aider efficacement les martyrs de notre profession, d'atténuer leur détresse, de les aider à reconstituer leur foyer.

Confrères de l'arrière, qui ne sauriez mettre en parallèle vos épreuves avec celles de nos amis récemment libérés, songez à votre devoir de solidarité confraternelle, augmentez ce mois-ci vos dons à la Caisse d'assistance médicale de guerre, (5, rue de Surène, à Paris).

L'épidémie de grippe espagnole et la faillite de la prophylaxie administrative.

Ce qui se passe actuellement ferait le sujet d'un beau vaudeville, s'il ne devait défiler sur la scène une trop longue théorie de cercueils. L'épidémie de grippe vient de démontrer, encore une fois, jusqu'où peut aller l'incurie et l'incohérence administrative.

La France, avec Descartes et Claude Bernard, était la Patrie de la Méthode. M. Lebureau en

a fait le pays du système D. Pour fabriquer des canons et des munitions il a attendu la déclaration de la guerre; pour s'occuper de prophylaxie et d'hygiène il attend que règne sur la France une meurtrière épidémie.

M. Lebureau a vu naître et se développer cette épidémie. Il s'est tenu coi.

Il ne voulait pas, le brave homme, effrayer les populations, attenter au moral de notre Pays.

M. Lebureau croyait qu'en affectant d'ignorer le mal, il supprimait son existence. Malheureusement la grippe a trop éloquemment montré qu'elle existait quand même, elle s'est développée, a pris des proportions inquiétantes. Alors M. Lebureau s'est tardivement ému ; il a réuni ses conseils; puis a lancé des ukases. Assis douillettement dans son fauteuil, il a donné des ordres, multiplié les circulaires. Puis il s'est endormi du sommeil profond que donne une digestion facile, comme un homme qui a accompli son devoir et jouit d'une conscience tranquille.

Les circulaires de M. Lebureau sont touffues, mais elles peuvent se résumer en deux mots : *Débrouillez-vous.*

Malheureusement il arrive qu'on ne se débrouille pas toujours, et quelques milliers de Français paient de leur vie ou de leur santé la quiétude de M. Lebureau.

Les médecins en province comme en villes sont rares. Croyez-vous que M. Lebureau en temps d'épidémie a cherché à leur faciliter leur tâche ? Oh ! que nenni. Il a accumulé les difficultés et les paperasseries pour qu'ils puissent se procurer l'essence indispensable à leurs autos; il les oblige à suivre la filière interminable de ses offices pour qu'ils soient autorisés d'acheter les bandages de leurs voitures. Pendant ce temps le médecin reste avec son auto en panne, et les grippés des campagnes attendent des secours et ne voient rien venir.

Les recommandations officielles contre la grippe adressées aux médecins, contiennent quelques-unes de ces joyeusetés qui auraient désopilé les rates de nos pères.

Ce sont MM. les Préfets qui apprennent actuellement aux pauvres praticiens que la grippe affecte trois formes : la forme pulmonaire, la forme nerveuse et la forme digestive.

Certain d'entre eux, petit-fils de Calino qui administre un département de l'Ouest, a indiqué à la population comme premier moyen de prophylaxie contre la grippe d'éviter soigneusement de s'enrhumer.

A Paris, l'isolement des malades a été conseillé avec une insistance singulière par des gens qui auraient dû savoir que dans la grande majorité des cas il est pratiquement impossible; lorsque le logement ne permet pas de l'effectuer, nos Maîtres en prophylaxie administrative engagent à suspendre des draps pour séparer le lit du malade du reste de la pièce où séjourne la famille. Malheureusement nos bons conseils en hygiène ne disent pas qui donnera les draps ni où et avec quel argent, on pourra se les procurer.

Les circulaires conseillent de fuir les attroupements, d'éviter les agglomérations, les réunions collectives, et ceux qui les rédigent organisent des manifestations inopportunes qui, le mauvais temps aidant, ont multiplié les victimes ; ils laissent théâtres, cinémas, écoles ouvertes, multipliant ainsi les moyens de contage. Ils organisent de grandes réunions en Sorbonne, car il faut bien que les orateurs patentés tonitruent et que les politiciens plastronnent. Vous verrez avant peu que ce seront eux, et non nos poilus et leurs chefs, qui auront, à coups de discours, rétabli la situation et bouté le Boche hors de France.

Pendant ce temps-là les convois se multiplient et gagnent tristement les cimetières et la pénurie de chevaux et le nombre des cercueils obligent souvent de mettre ces derniers deux par deux sur les corbillards. Ce qui évidemment relève le moral de la population dont M. Lebureau prenait un si grand soin.

Nos Maîtres en hygiène et en prophylaxie ne négligent pas les détails. L'un étudie combien il faut de doubles de tarlatane pour faire un masque efficace contre le microbe de la grippe; il exige qu'on se protège les yeux, car le microbe subtil peut se glisser dans les conjonctives et gagner les voies lacrymales. Et cependant un autre est venu nous apprendre que l'agent infectieux de la grippe est un virus filtrant qui passe au travers de la porcelaine des filtres Chamberlan. Néanmoins cinq doubles de tarlatane suffisent à l'arrêter ; comprenne qui pourra.

On parle de doter de masques les infirmières des hôpitaux. Avant peu on nous obligera, nous praticiens, à porter certain costume du Moyen-

Age, où le médecin qui soignait les pestiférés, recouvert d'une cagoule, glissait son nez dans une sorte de bec de corbeau, garni d'aromates, du plus joyeux effet.

L'hygiène et la prophylaxie administrative a aussi ses bourreurs de crâne officiels qui multiplient les conseils. Pour éviter la grippe, il suffit de se mettre de l'huile de vaseline goménolée dans les narines et de se gargariser fréquemment. Nombre de nos confrères, et nous-mêmes, avons pu juger de l'inefficacité absolue de ce moyen officiellement préconisé.

Des hygiénistes de profession parlent sans rire d'assurer l'asepsie des fosses nasales et du rhinopharynx, comme si l'on pouvait stériliser les plis et les replis de notre gorge et de notre nez comme une compresse que l'on porte à 120° dans l'autoclave.

J'ai récemment donné mes soins à une famille nombreuse dont la mère, très ferrée en hygiène apprise à je ne sais quel cours d'une Croix-Rouge de province, avait usé du moyen prophylactique le plus énergiquement conseillé. Avec une cuillère à café, elle instillait soir et matin quelques gouttes d'une solution de collargol dans les narines de ses enfants. Un de ces malheureux gosses contracta un rhume de cerveau, première manifestation de la grippe, et la mère inconsciente qui, avec la même cuillère, collargolisait tous les matins et tous les soirs les narines de ses moutards, leur colloqua à tous en même temps la maladie.

Nos hygiénistes conseillent encore de laver les planchers et les meubles scolaires avec des solutions de formol. Le résultat sera que, *si la solution est assez concentrée* pour produire un effet, encore bien discutable, les émanations irritantes de formol provoqueront des rhumes de cerveau chez les écoliers et les mettront en d'excellentes conditions pour contracter la grippe.

Vous me répliquerez : pourquoi tous ces conseils, pourquoi ce bourrage de crâne ?

Pourquoi ? Je vais vous le dire :

Parce que nos Administrateurs qui auraient bien dû songer qu'après quatre ans de guerre il y avait quelques chances de voir se développer des épidémies, n'avaient pas envisagé cette probabilité. Chez eux gouverner, ce n'est pas prévoir, mais émarger et ne rien faire.

Pris au dépourvu, ils se sont adressés aux Maîtres en hygiène, leurs conseils. Or, chez nous, les Maîtres doivent toujours tout savoir et plutôt que d'avouer franchement leur ignorance sur l'étiologie de la grippe et sa prophylaxie, ils ont préféré *a priori* émettre des conseils sans songer au ridicule qui résulterait de la pauvreté de leurs imaginations.

Mais alors, qu'aurait-il fallu conseiller à la population inquiète ?

Il aurait fallu s'adresser au bon sens public et dire avec franchise :

Une épidémie de grippe règne en Europe et a gagné tout notre territoire. Cette épidémie est sans doute une des conséquences des mouvements de troupes et de populations et des privations imposées par la guerre.

Ignorant tout, ou à peu près, des causes et du mode de propagation de cette maladie, nous ne pouvons l'enrayer par des moyens spécifiques réellement efficaces. Mais il est des conseils d'ordre général qui s'appliquent dans toute épidémie et dont le sens commun suffit à saisir l'utilité, les voici :

Il convient de veiller à la propreté corporelle, surtout à celle des enfants. Il faut assurer aussi une minutieuse propreté de l'habitation ; s'alimenter de substances saines et simples, être sobre ; éviter le surmenage sous toutes ses formes et les abus de tous genres ; fuir les agglomérations et, si possible, ne pas fréquenter les lieux qui peuvent être des centres de contage.

Et, sans attendre d'y être obligé par la force des choses et l'extension de l'épidémie, l'Administration aurait dû fermer provisoirement écoles, théâtres, cinémas, music-halls et interdire dans la mesure du possible toute agglomération de foule, toute réunion nombreuse.

— Et pourquoi, cela n'a-t-il pas été fait ?

Parce que cette solution eût été trop simple et que les Administrations et leurs Conseils se figurent qu'avec beaucoup de bruit et des grands mots, savants et sonores, ils donnent au public l'illusion qu'ils font de grandes choses et qu'ils sauvent la situation.

M. Lebureau et ses conseils sont comme le Coq de Chanteclair ; dans leur sottise ils croient ou veulent faire croire que leurs cocoricos bruyants font lever le soleil. Malheureusement pour eux il arrive que, lorsque le temps est couvert, le soleil n'apparaît pas. — J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le professeur Pierre Delbet.

Diagnostic des tumeurs du cou.

A propos d'un malade que nous allons examiner ensemble, je vous ferai un exposé général du diagnostic des tumeurs latérales du cou, c'est-à-dire des lésions à caractère néoplasique du cou, n'intéressant pas le corps thyroïde.

Notre malade est porteur d'une tuméfaction assez volumineuse de la région rétro-maxillaire droite. Cette tuméfaction qui, il y a trois mois, avait seulement la grosseur d'une noisette, offre actuellement presque le volume du poing. La grosseur atteint en haut l'angle de la mâchoire et elle déborde, en avant et en arrière, le muscle sterno mastoïdien. *Un premier caractère de* cette tumeur mérite l'attention : c'est sa dureté, comparable à la dureté du bois et même du métal. Un deuxième caractère est son défaut de mobilité. La néoplasie est fixe et très adhérente dans la profondeur. Elle est irrégulière et de consistance également dure partout. Si je cherche à la mobiliser sur les plans profonds, je déplace le malade et non la néoplasie. Si les adhérences de profondeur sont intimes, par contre la peau reste parfaitement mobile et n'est pas intéressée. Le patient accuse des douleurs, en particulier des douleurs auriculaires pendant les quintes de toux, mais, comme vous l'avez remarqué, l'exploration de la lésion reste indolore.

L'ensemble de ces constatations doit orienter le diagnostic vers l'hypothèse d'un néoplasme. Nous avons à nous demander s'il s'agit d'un néoplasme primitif ou d'une adénopathie secondaire à un néoplasme des cavités pharyngo-laryngiennes. En pareille circonstance, il faut examiner le malade avec un soin minutieux, car souvent, dans l'épithélioma du pharynx ou du larynx, l'adénopathie devient prédominante et atteint un volume bien supérieur à celui de la tumeur primitive, les cellules épithéliomateuses trouvant dans les ganglions un terrain très favorable à leur développement. Avec une tumeur du pharynx petite, on peut voir une adénopathie néoplasique considérable.

Je puis vous rapporter, à ce point de vue, l'histoire d'un malade qui fut jadis ambassadeur à Paris d'une puissance aujourd'hui ennemie. Cet homme était porteur d'un ganglion d'assez petite taille, de la région cervicale. Il consulta un chirurgien viennois qui déclara ce ganglion de peu d'importance et conseilla d'attendre une période de vacances pour en pratiquer l'exérèse.

Or, dans cet intervalle, des troubles nouveaux étant survenus, je fus appelé à examiner le malade à Paris. Je trouvai une adénopathie à caractères nettement néoplasiques, et, ayant exploré avec minutie le pharynx, je finis par découvrir, derrière l'amygdale correspondante, une petite ulcération de nature également épithéliale. Je crus devoir informer de cette constatation le chirurgien viennois qui persista à porter un diagnostic de lésion bénigne. Quelque temps après, l'ambassadeur étranger succombait à son cancer ! Vous voyez comment un chirurgien, même fort célèbre, peut être induit en erreur s'il n'étudie pas avec un soin suffisant une adénopathie cervicale. Rappelez-vous que dans certains cas, la tumeur ganglionnaire se montre plus considérable que la tumeur primitive.

Notre malade a la voix enrouée et déclare que sa dysphonie est apparue tout à fait au début de son affection. Nous ne devons donc pas penser à une compression récurrentielle par la néoplasie cervicale. La voix, d'ailleurs, n'est pas tout à fait la voix bitonale des paralysies récurrentielles. L'existence précoce de ces troubles vocaux nous fait songer à une lésion des cordes vocales, à un épithélioma laryngé, qui serait la lésion primitive. Je cherche s'il n'existe pas d'adénopathie du côté opposé et je trouve un ganglion, effectivement, à gauche. D'ores et déjà, nous pouvons conclure à une adénopathie secondaire, à un épithélioma du larynx, que confirmera l'examen laryngoscopique.

Considérons maintenant les tumeurs du cou, en général, et étudions-en le diagnostic différentiel.

Les tumeurs du cou les plus fréquentes sont, de beaucoup, les adénites bacillaires. Dans certains cas, un seul ganglion est pris : c'est l'adénite tuberculeuse monoganglionnaire. Ce type, plutôt rare, à un intérêt chirurgical particulier puisqu'il commande l'extirpation. A l'opposé de l'adénite monoganglionnaire vous trouvez la polyadénite bacillaire, avec des ganglions petits

(micropolyadénite), que l'on rencontre souvent aussi, simultanément dans d'autres régions, à l'aisselle et à l'aine. Entre ces deux extrêmes, se voient tous les intermédiaires.

A côté des adénites tuberculeuses, se placent les lésions ganglionnaires du groupe leucémique. Elles s'accompagnent de modifications du sang, d'augmentation du nombre des globules blancs, particulièrement des mononucléaires. Il existe, d'ailleurs, entre ces lymphadénies et les adénites bacillaires, des formes intermédiaires dans lesquelles les modifications sanguines sont légères. C'est à cette classe que l'on a donné le nom d'adénie.

Une troisième variété de tumeurs du cou, également d'origine ganglionnaire, est constituée par l'adénopathie cancéreuse secondaire, consécutive à un épithélioma de la langue, de l'amygdale, du pharynx ou du larynx.

Reste, enfin, un dernier type de tumeur cervicale, rare, et non constitué par une altération ganglionnaire : ce sont les tumeurs épithéliales primitives du cou. Où se développent-elles ? Normalement, il n'existe pas, dans le cou, de tissu épithélial. Ces tumeurs prennent naissance aux dépens des débris cervicaux embryonnaires. Vous savez qu'il existe, au cou, des dépressions ou fentes branchiales qui sont tapissées par un épithélium. Ces fentes se comblent au cours de l'évolution, mais il arrive parfois qu'il en persiste des débris, susceptibles de devenir l'origine de tumeurs, appelées branchiomes. Normalement, en outre, persiste au cou, à la bifurcation de la carotide, une petite glande, dite glande carotidienne. Cette glande est quelquefois aussi l'origine de tumeurs à caractères épithéliaux.

Telles sont les principales tumeurs de la région latérale du cou. Chez notre malade actuel, nous nous sommes guidés sur les caractères mêmes de la néoplasie. Nous nous sommes demandé, tout d'abord, s'il s'agissait d'une adénopathie épithéliomateuse ou d'un branchiome. Ce que ces deux catégories de néoplasmes ont de commun, c'est la dureté et l'adhérence profonde. Quand je dis la dureté, je parle d'une certaine variété de branchiome, car à côté du branchiome dur, malin, il est des branchiomes mous, de consistance duveteuse, qui peuvent devenir volumineux. Ici, la signature de la malignité se trouve dans les adhérences profondes et la consistance dure.

Les adhérences pourraient tenir à un état inflammatoire, à de la péri-adénite. Nous avons cherché à établir si les adhérences de la tumeur, chez notre malade, ne relevaient pas d'une péri-adénite. Eh bien, c'est vers la peau et non vers la profondeur que tendent les adhérences purement inflammatoires. Nous devons donc rejeter l'idée de péri-adénite. D'autre part, en pareille circonstance, s'il y a péri-adénite, les ganglions eux-mêmes sont touchés par le processus : ils sont durs encore en certains points mais ramollis, suppurés, en d'autres points. Nous pouvons donc éliminer complètement l'hypothèse d'adénite tuberculeuse.

Cela pourrait-il être un lymphadénome ? Le lymphadénome est caractérisé par une augmentation de volume des ganglions. Il englobe toujours plusieurs ganglions et quelquefois beaucoup. Souvent aussi, il est bilatéral et s'accompagne de tumeurs analogues dans les aisselles ou dans les aines. Dans le véritable lymphadénome, qui ne s'accompagne d'aucune espèce de réaction péri-ganglionnaire, le paquet ganglionnaire est mobile et, même, les ganglions restent mobiles les uns sur les autres. A ce premier caractère fondamental, s'en ajoute un autre : c'est la consistance uniforme du tissu néoplasique.

Dans l'adénite tuberculeuse polyganglionnaire, la tumeur est de consistance différente selon les cas. Les petits ganglions restent fermes et mobiles. En grossissant, ils se ramollissent. Au contraire, dans le lymphadénome, tous les ganglions, petits ou gros, ont la même consistance, consistance d'ailleurs variable avec les malades. Un malade aura un lymphadénome mou, un autre un lymphadénome plus dur.

Entre l'adénite tuberculeuse et le lymphadénome, se place une forme intermédiaire, d'origine bacillaire et ressemblant au lymphadénome. Ce sont les lymphomes tuberculeux, dont le diagnostic peut être fort difficile, car ils comportent parfois des modifications des globules blancs.

Les caractères du ganglion néoplasique sont : en premier lieu, la dureté. Il s'agit d'une tumeur dure, d'une dureté ligneuse, métallique même. En second lieu, au début, la mobilité, l'absence de péri-adénite. A une phase plus avancée, la mobilité disparaît. Il arrive un moment où la barrière ganglionnaire est rompue et où l'infiltration néoplasique évolue dans les tissus voisins, créant des adhérences profondes et intimes. Nous en sommes à cette phase chez notre malade.

La tumeur cervicale de ce malade offre donc nettement les caractères de la malignité. Il s'agit de savoir maintenant si elle est primitive ou secondaire, si c'est un branchiome ou une adénopathie consécutive à un épithélioma in-

terne. Je vous rappelle que le patient a des troubles vocaux, survenus antérieurement à la tumeur cervicale, non rattachables par conséquent à une compression recurrentielle. Nous sommes donc orientés vers l'épithélioma laryngé.

Les épithéliomas du larynx sont divisés en deux variétés : les épithéliomas extrinsèques, péri-laryngés, les plus graves, ceux qui retentissent le plus vite sur les ganglions, et les épithéliomas intrinsèques, intra-laryngés, dont l'évolution est lente, dont le retentissement ganglionnaire est plus tardif et dont le début se fait généralement par des troubles de la phonation.

C'est vers l'épithélioma intrinsèque du larynx que nous devons orienter ici le diagnostic. Le branchiome a certes des adhérences profondes, mais ces adhérences ne se font pas avec le larynx et intéressent plutôt le paquet vasculo-nerveux du cou — point important aussi, au point de vue de l'exérèse de ces tumeurs. Dans le cas actuel, la tumeur cervicale vient adhérer au larynx. J'ai trouvé, en plus, un ganglion assez volumineux du côté opposé, ce qui fait rejeter encore l hypothèse du branchiome.

Nous voilà donc arrivés au diagnostic d'adénopathie cervicale néoplasique, consécutive à un cancer intrinsèque du larynx. Y a-t-il des indications opératoires utiles à poser ? Il n'en est aucune, la lésion étant complètement inopérable. Ce qui la rend inopérable, c'est non pas la lésion laryngée (on a fait des laryngectomies, des hémi-laryngectomies dans le cancer du larynx), mais l'extension néoplasique, l'adénopathie étendue, avec les adhérences au paquet vasculo-nerveux, par exemple, qu'elle comporte. Inopérable ne veut pas dire qu'elle ne peut pas être opérée. Il est possible, assurément, d'enlever la tumeur et même d'avoir une guérison opétoire. Inopérable veut dire qu'elle n'est pas justiciable d'une opération *utile*, avantageuse pour le patient, l'intervention faisant en ce cas courir de gros risques, sans laisser l'espoir d'un bénéfice réel, d'un service rendu au malade.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La tuberculose se prend sur le zinc ».

La Lutte antituberculeuse ne sera efficace et féconde que si elle comporte, avant tout, la suppression de l'alcool de consommation.

Pour prévenir la tuberculose, guerre à l'alcool.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Notes sur la grippe actuelle
(influenza-grippe espagnole)

La grippe actuelle, influenza, grippe espagnole, après une période assez longue de bénignité, a pris depuis quelque temps un caractère de grande gravité.

L'épidémicité et la saison froide sont les deux causes de cette gravité, l'épidémicité en augmentant la virulence du microbe de la grippe et la saison froide en facilitant les complications pulmonaires.

Formes normales

Les praticiens connaissent bien aujourd'hui l'allure clinique de la maladie, son début brusque par une élévation de température qui atteint en quelques heures 39° et 40°.

Dans les cas légers, la fièvre se calme au bout de 2 ou 3 jours. Les voies respiratoires sont alors peu touchées. Le malade accuse du mal de gorge (rougeur de l'isthme pharyngé), de la céphalée, de la courbature, qui s'amendent assez rapidement.

Dans les cas moyens, l'auscultation révèle, aux bases des poumons, dans les aisselles, au niveau du hile, des foyers plus ou moins étendus de râles crépitants fins foyers de congestion, foyers d'œdème aigu du poumon, qui persistent quelquefois assez longtemps après la disparition de l'état grippal, dont ils restent la *signature*.

Dans les cas graves, la fièvre, au lieu de se calmer, persiste, à 39°, 40°, 41°, sans rémission matinale. Le caractère infectieux de la maladie se révèle par l'adynamie, l'état nauséeux, avec ou sans vomissements. Les foyers de congestion pulmonaire, infectés par le streptocoque ou le pneumocoque, deviennent foyers broncho-pneumoniques ou pneumoniques, souvent pneumonie double. Le pouls, quelquefois assez lent au début, devient plus fréquent et faible. Ces cas graves ont une terminaison souvent mortelle.

Des complications peuvent s'observer ultérieurement sur la plèvre (pleurésie), le péricarde (péricardite), le cœur, les méninges (délire, symptômes cérébraux). Les épistaxis ne sont pas rares, non plus que les troubles d'ordre rénal ou surrénal (albuminurie, insuffisance surrénale).

Formes anormales

Chez certains malades, il y a prédominance de troubles intestinaux. Toutefois, il ne faudrait pas mettre sur le compte de la grippe, des ac-

cidents qui appartiennent à une épidémie concomittante de dysenterie.

Ces formes anormales, à la fois gastro-intestinales et pulmonaires, présentent un ensemble qui a pu faire croire au syndrome cholérique, d'autant qu'il est des cas (grippe à forme asphyxique) qui s'accompagnent de cyanose de la face et des extrémités très accusée. Ce sont ces variétés qui ont fait naître dans l'esprit du public l'idée du choléra, voire même de la peste. Il n'en est rien, comme l'ont montré MM. Wurtz et Bezançon, car jamais le vibrion n'a été constaté : l'autopsie montre alors les lésions pneumoniques et broncho-pneumoniques de la grippe, et le cocco-bacille de Pfeiffer se retrouve dans le poumon et la rate.

Comme forme anormale, la grippe peut encore revêtir le type ataxo-adynamique d'emblée et faire penser au typhus (Wurtz et Bezançon).

Epidémiologie

Bien que des doutes se soient élevés (souvent dans les milieux peu compétents, il est vrai) sur la nature de l'épidémie actuelle, il n'est pas douteux qu'il s'agit bien de grippe-influenza, tout à fait analogue à l'épidémie observée en 1889. Il faut éloigner les idées de dengue, de fièvre de 3 jours, de fièvre pappataci (dengue du Levant), de fièvre due à la piqûre des phlébotomes. Quant au germe microbien en cause, des études sont en cours sur ce sujet (Roux, Nicolle). M. Netter pense que la grippe actuelle a pour agent causal le cocco-bacille de Pfeiffer, qui provoque l'infection grippale. Le pneumocoque et le streptocoque interviennent à titre d'agents de complications.

L'épidémie grippale est aujourd'hui étendue à toute l'Europe. On la signale également hors d'Europe, même dans l'Afrique du Sud (Netter). Elle frappe avec une prédilection particulière les sujets jeunes, les jeunes femmes et les jeunes filles surtout. Cette grippe-influenza n'est d'ailleurs pas une maladie nouvelle. Sans parler de l'épidémie de 1889, encore présente à nos esprits, on a observé des épidémies analogues à différentes époques de l'histoire. Déjà en 1580, on la qualifiait, sans motif bien plausible il est vrai, comme aujourd'hui, d' « espagnole » : *spanische Ziep* (Netter).

Traitement

Deux mots seulement du traitement.

Les ventouses, les ventouses scarifiées surtout, appliquées dès le début sur les foyers congestifs des poumons procurent souvent de bons effets. La quinine est prescrite couramment. M. Dubois préfère le quinquina, en poudre impalpable, à la dose de 3 ou 4 cuillerées à café par jour, dans une tasse de café. Les médications symptomatiques, du poumon, du cœur, de l'insuffisance surrénale, de l'ataxo-adynamie, du système nerveux, trouveront leurs indications.

Prophylaxie

La maladie est extrêmement contagieuse, la contagion se faisant par les crachats, la salive, les mucosités nasales des malades.

L'isolement, comme mesure prophylactique, praticable plus ou moins bien dans les hôpitaux et les milieux aisés, est — comme l'a très bien montré ici même M. Noir — complètement irréalisable dans les milieux de situation modeste, où souvent plusieurs membres de la même famille sont malades dans un logement restreint. Il ne faut compter aussi qu'à titre accessoire sur la désinfection officielle, dont les moyens sont hors de proportion avec l'immense étendue de l'épidémie. Le praticien devra bien souvent se contenter de mesures d'hygiène, aération fréquente des chambres *chauffées*, expectoration dans des crachoirs, lavage du sol, pulvérisations antiseptiques, etc.

Restent les mesures de protection individuelles, les plus efficaces parce que les plus pratiques. Dans une très judicieuse notice, destinée au personnel de la Cie P.-L.-M., M. Frédet, médecin en chef de la Cie P.-L.-M., a résumé ainsi les mesures de protection individuelle. Cette notice, par sa clarté, serait utilement mise sous les yeux de toute la population :

1° Eviter le contact des malades, si l'on n'a pas de raison utile de les fréquenter ;

2° Se nettoyer la bouche et les dents avec de l'eau (bouillie de préférence), deux fois par jour au moins ;

3° Se laver soigneusemeat les mains et les ongles avec de l'eau et du savon, avant chaque repas ;

4° Eviter de porter à la bouche, au nez ou aux yeux, des mains qui ne sont pas parfaitement propres.

5° Si l'on a eu un contact avec un grippé, se laver soigneusement les mains, puis le visage avec de l'eau et du savon, ou même avec de l'alcool aromatisé.

6° Se vêtir chaudement.

L'usage *modéré* des pommades et poudres nasales est utile. Personnellement, je leur préfère le petit flacon de 10 ou 15 gr. de formol, que l'on respire *deux ou trois fois par jour* pendant quelques instants, comme un parfum, en rentrant chez soi. Les vapeurs formolées, piquantes mais sans danger, assurent très simplement une certaine antisepsie nasale.

Dr P. Lacroix.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les hémoptysies lointaines chez les blessés du thorax. — Sur la grippe actuelle. — Endocardite scarlatineuse. — Traitement des gonococcies par un vaccin nouveau. — L'aptitude militaire des cardiaques. — Rechutes tardives dans la méningite cérébro-spinale. — Méningites et septicémies à paraméningocoques. — Injections intra-veineuses d'urotropine dans quelques infections. — Arsenothérapie intra-veineuse intensive et abolition du réflexe achilléen. — Les psychonévroses convulsives.

M. Courtois-Suffit lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *hémoptysies lointaines et récidivantes chez les blessés du thorax par projectile de guerre ; leur signification au point de vue de la tuberculose pulmonaire traumatique.*

L'hémoptysie est un accident d'une extrême fréquence à la suite des plaies pénétrantes du thorax par projectile de guerre. Les crachements de sang, dans la majorité des cas, ne persistent que quelques jours, mais il n'est pas rare de les voir durer 2, 4 semaines, et davantage.

Un autre caractère de ces hémoptysies est intéressant à retenir : c'est leur évolution récidivante, leur retour possible à une échéance parfois très lointaine, et sans cause appréciable. Sur 37 blessés, M. Courtois-Suffit a noté 4 fois des récidives, c'est-à-dire une proportion relativement grande.

La plupart du temps, les hémoptysies récidivantes en question ne sont pas de nature tuberculeuse, fait important à connaître au point de vue médico-légal. On ne trouve pas alors, ni à l'auscultation, ni à l'écran de signe local de tuberculose, et il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

— M. F. Bezançon parle à l'*Académie de médecine de la grippe actuelle* (*dite espagnole*).

Les cas de grippe observés chez les sujets rapatriés de Suisse sont en tous points comparables aux cas d'influenza épidémique, observés en 1889.

Comme dans les épidémies antérieures, la grippe actuelle fait sortir le pneumocoque qui paraît être le microbe prédominant. La gravité de la maladie tient aux complications broncho-pulmonaires. Dans certains cas, il existe des troubles gastro-intestinaux.

MM. Dugrais et Lemaire, dans une épidémie de grippe observée à l'hôpital d'évacuation de X..., ont constaté fréquemment de l'albuminurie et des accidents d'ordre surrénal.

MM. Antoine et Orticoni ont trouvé, dans un certain nombre de cas, le bacille de Pfeiffer.

— M. Nobécourt présente à l'*Académie de médecine* une étude sur *l'endocardite scarlatineuse.*

L'endocardite scarlatineuse s'annonce par un assourdissement des bruits valvulaires. Tantôt, cet assourdissement disparaît au bout de quelques jours ; tantôt, il est suivi, dès le 2e ou 3e jour, d'un souffle léger.

En général, l'endocardite scarlatineuse évolue vers la guérison, plus ou moins définitive. Le passage à l'état chronique est assez rare. On peut la voir se compliquer de péricardite, de dilatation du cœur, de tachycardie, etc.

— M. Baril lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement des gonococcies par un vaccin nouveau.*

M. Baril emploie un vaccin polymicrobien préparé chez M. Creuzé ; il pratique tous les deux jours une injection intra-fessière de 1/4 à 1 cent. cube de ce vaccin. En général, 8 injections suffisent. Elles amèneraient (associées aux lavages uréthraux avec l'oxycyanure ou le permanganate) la guérison d'une blennorrhagie aiguë en 15 à 25 jours. Elles donneraient des résultats encourageants dans la blennorrhagie chronique et dans les complications (orchites, rhumatismes).

— MM. Clerc et Aimé font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *les cardiopathies valvulaires dans leurs rapports avec l'aptitude militaire.*

Les hommes atteints de cardiopathies valvulaires sont souvent susceptibles d'être utilisés au point de vue des services militaires. Dans la pratique, toutefois, en raison de la surveillance médicale dont ces sujets devraient être entourés, des restrictions multiples qu'il faudrait apporter à leurs affectations, il semble plus avantageux de les éliminer, d'une façon générale, de tout service. Aussi, comme M. Laubry, MM. Clerc et Aimé estiment-ils qu'il faut tendre désormais à proposer systématiquement la réforme des cardiaques valvulaires.

— M. Netter communique à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *rechutes tardives dans la méningite cérébro-spinale.*

Les rechutes et les récidives de la méningite cérébro-spinale, qui existaient avant la sérothérapie, se sont montrées également depuis la sérothérapie. Toutefois, elles sont devenues certainement moins communes avec l'emploi des sérums polyvalents.

En dehors des rechutes à brève échéance, on peut voir survenir des rechutes tardives, apparaissant plus d'un mois après la guérison apparente. Les rechutes tardives en question sont extrêmement rares. M. Netter en a observé 4 cas, dans lesquels la rechute s'est produite

après 33, 45, 60 et 73 jours. La réinfection tient tantôt à la persistance de méningocoques au niveau des méninges, tantôt à une réinfection imputable à des méningocoques encore présents dans le cerveau du convalescent. Cette dernière considération engage à insister davantage sur les procédés ayant pour objet de traiter les porteurs de germes.

— M. BRULÉ communique à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *méningites et septicémies à paraméningocoques.*

Les septicémies primitives à méningocoques sont actuellement bien connues. Ces septicémies sont quelquefois secondaires à une méningite. En pareil cas, à l'injection intra-rachidienne de sérum, on joindra utilement les injections intra-veineuses ou sous-cutanées. Toute méningite cérébro-spinale, à méningocoque ou à para-méningocoque, dans laquelle l'hémoculture est positive ou dans laquelle l'éruption purpurique prouve la septicémie, sera ainsi traitée, dit M. Brulé, par plusieurs voies d'absorption du sérum.

M. NETTER remarque que dans les formes septicémiques, l'injection intra-rachidienne est déjà efficace. Il a toutefois souvent recours aux autres voies d'injections de sérum. On obtient des injections intra-veineuses des effets remarquables ; malheureusement, elles provoquent aussi parfois des incidents émouvants. Penna, de Buenos-Aires, est un grand partisan de ces injections intra-veineuses et il a obtenu, grâce à elles, de très beaux résultats. Herrick, dans l'armée américaine, y a eu également recours. On peut, dans bien des cas, remplacer les injections intra-veineuses par les injections intra-musculaires. Par contre, l'insuffisance des injections sous-cutanées est bien établie.

Pour M. SAINTON, les injections intra-veineuses de sérum anti-méningococcique sont quelquefois très dangereuses. Les accidents ressemblent à ceux qui sont causés par l'injection intra-veineuse de 606. M. Sainton a vu, dans un cas, l'injection être suivie de syncope, la respiration artificielle ayant dû être pratiquée pour ranimer le malade.

— MM. LOEPER et GROSDIDIER lisent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *les injections intra-veineuses d'urotropine dans quelques infections.*

L'urotropine est à la fois un désinfectant des voies urinaires et des voies biliaires. Son emploi, d'abord limité aux affections de ces deux appareils, fut étendu par M. Chauffard aux maladies typhoïdes et par M. Netter aux infections aiguës de l'axe cérébro-spinal. Dans ces cas, l'urotropine a été administrée *per os* à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes.

Certains auteurs ont recommandé les injections sous-cutanées, mode d'administration assez douloureux. MM. Loeper et Grosdidier ont pensé pouvoir substituer à la voie hypodermique la voie intra-veineuse qui a l'avantage d'une tolérance parfaite et d'une action plus rapide et plus complète. Ils ont adopté la solution à 0 gr. 25 par centim. cube, préparée à froid avec de l'eau stérilisée. Le volume introduit ne doit pas dépasser 6 à 8 centim. c., soit 2 grammes d'urotropine.

M. Loeper a essayé les injections intra-veineuses d'urotropine dans quatre groupes d'affections différentes : états typhoïdes ; broncho-pneumonies ou pneumonies ; lésions rénales ; infections hépatiques. Le premier groupe lui a fourni deux cas intéressants où l'abaissement de la température marcha de pair avec la sédation des phénomènes généraux. Dans le deuxième groupe, quinze pneumonies à pneumocoques ont été améliorées et guéries. Dans le troisième, plusieurs ictères, dont deux assez sévères, ont été guéris de façon assez rapide. Enfin, des pyélites et des néphrites subaiguës ont été très favorablement influencées.

Ces résultats de l'injection intra-veineuse d'urotropine paraissent infiniment supérieurs à ceux de l'injection hypodermique ou de l'ingestion buccale. L'urotropine exerce une triple action : antipyrétique, sédative et diurétique.

MM. LOEPER et WAGNER ont également employé les injections intra-veineuses d'urotropine, avec avantage, dans quelques cas de tuberculose.

— MM. SICARD et H. ROGER lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur : *l'arsénothérapie intra-veineuse intense et l'abolition du réflexe achilléen.*

Ces auteurs ont soumis les malades atteints de paralysie générale à l'arsénothérapie à haute dose. De tels malades supportent bien cette médication intensive, et c'est ainsi que l'on a pu arriver, par injections intra-veineuses quotidiennes de 30 centigr., à une dose totale de 12 à 18 gr. On voit alors, souvent, apparaître des indices d'intoxication chronique arsenicale (troubles trophiques de la peau, irritation des muqueuses, bouffissure du visage, etc.). Avant d'arriver à ces symptômes, on peut constater certains signes précoces, révélateurs de l'intoxication. M. Sicard a signalé déjà la réaction cutanée à la teinture d'iode (dermite vésicante rapide produite par le badigeon cutané à la teinture d'iode). A ce signe, il convient d'en ajouter un autre, également précoce, *l'abolition du réflexe achilléen.*

L'apparition de ces deux phénomènes incitera à la prudence dans la continuation du traitement intensif.

***

M. G. Aymès, aide-major de 1re classe, au Centre neurologique de la XVIe Région publie une étude sur : *Les psychonévroses convulsives, leur traitement par l'association chlorure de Ca dia llylmalonylurée* (*dial*). (*Paris médical*, 20 juillet 1918).

Nombreux sont les accidents psycho-névropathiques suscités par la guerre ; parmi eux il y a lieu, dit l'auteur, de faire une place importance aux psychonévroses convulsives à manifestations paroxystiques. Etiologiquement, deux phénomènes semblent être à la base de ces états convulsifs : la commotion et l'émotion, mais il est le plus souvent impossible de distinguer, aussi bien au point de vue étiologique que pathologique, les cas post-commotionnels des cas post-émotionnels ; en fait, les deux éléments se trouvent généralement superposés dans des proportions variables. Le terrain a une importance considérable, les sujets présentant presque tous, lorsqu'on les examine avec soin, une fragilité neuro-psychique constitutionnelle. Interviennent aussi les causes adjuvantes, intoxications endogènes ou exogènes, le surmenage, l'insomnie, l'éthylisme, etc. Le pronostic est subordonné pour une part au fond mental, aux troubles confusionnels initiaux, à la fréquence et à l'intensité des paroxysmes ; il est bon en général, quand il n'y a pas eu de commotion directe plus ou moins contusionnelle. L'utilisation militaire de l'homme est régie dans une large mesure par cette évaluation pronostique.

Pendant la période d'observation un traitement s'impose, celui-ci ayant pour but de diminuer l'éréthisme nerveux du sujet ; régime hypotoxique et sédatif, prohibition de l'alcool, isolement relatif, hydrothérapie tiède, travaux de plein air, agents médicamenteux divers. La psychothérapie individuelle, par contre suggestion et persuasion devra aussi intervenir. Les agents médicamenteux à utiliser seront les sels de calcium, de préférence le chlorure, qui agit comme modérateur de l'hyperexcitabilité nerveuse et reminéralisateur. On lui adjoindra avec profit un hypnotique doux et non toxique comme le dial, dont l'action conjuguée améliorera le sommeil des malades et restreindra l'activité de rêve, source fréquente d'états émotifs convulsivogènes. Les malades ainsi traités n'ont présenté aucun trouble, aucune modification des réflexes, aucun accident d'accumulation pendant ou après le traitement.

L'auteur peut donc conclure que dans les psychonévroses convulsives à paroxysmes particulièrement fréquents ou intenses, et quelle qu'en soit la cause, il y a intérêt à utiliser l'association médicamenteuse chlorure de Ca-diallylmalonylurée. Il croit qu'il faut admettre, qu'en raison d'affinités cellulaires différentes, l'action sédative et anticonvulsive du dial procède d'un autre mécanisme que celle de la médication bromurée. Celle-ci participerait, comme l'a montré le professeur Richet, d'un processus métatrophique favorisé par la déchloruration préalable de l'organisme ; la médication par le dial, au contraire, paraît ressortir plutôt à un processus dynamique nullement contrarié par la présence des chlorures.

Notes pratiques d'un médecin du front.

Le bien-être de nos soldats au cantonnement.

Par le Médecin-major de 2e cl. A. Satre,

Les soldats français, dont un certain nombre combattent depuis plus de quatre ans sur le front occidental, ont accepté assez de sacrifices et vécu des moments assez pénibles pour qu'il ne paraisse pas exagéré de chercher à satisfaire quelques-uns de leurs désirs, d'ailleurs très légitimes.

Après les longues journées passées en ligne, surtout à l'époque des froids que nous abordons de nouveau, la période de repos au cantonnement constitue pour nos troupes le délassement indispensable à une fatigue souvent grande, et il n'est que juste que, pendant ce temps, nos hommes soient assurés d'y trouver un bien-être qui n'est pas pour les amollir.

Quand il quitte la tranchée ou le secteur de combat, le fantassin désire avant tout *la tranquillité d'esprit* : il aspire à ne plus penser à la guerre. Il veut *dormir au chaud, bien manger, se laver* et *se distraire*.

Il existe des possibilités de lui donner entière satisfaction, puisque les Anglais, les Américains et quelques divisions françaises ont déjà réussi à rassembler ces avantages.

Parlons d'abord de *la relève*.

Le plus souvent, lorsque l'heure de celle-ci est arrivée, la compagnie remplacée part la nuit et entreprend dans les boyaux, en guerre de position, ou dans la plaine, en guerre de mouvement, une marche généralement longue et pénible, afin de franchir avant le lever du jour la ligne de crête qui est en vue de l'ennemi : elle évite ainsi d'être repérée et bombardée.

Si l'état et la topographie du terrain ne permettent pas à la colonne de se trouver à l'abri de l'autre côté des hauteurs avant le jour, ou si un bombardement par les gaz, un raid d'avions, etc., ralentissent sa marche, elle est contrainte de s'arrêter au pied des collines pour se dissimuler, et, souvent, d'attendre la nuit suivante pour continuer sa route.

Habituellement, de cet endroit, l'unité gagne à pied le lieu de son cantonnement : il serait à

souhaiter que, dans la mesure du possible, on évitât cette marche à des hommes déjà fatigués par de longs séjours dans les tranchées ou de durs combats en terrain libre, et que des camions automobiles vinssent régulièrement prendre les poilus près des lignes la nuit.

L'organisation de ces transports ne présente pas d'insurmontables difficultés, de l'avis même des officiers du service automobile, puisqu'on utilise fréquemment des camions dans ces conditions pour soulager les troupes en emportant leurs chargements.

Ainsi, l'infanterie pourrait toujours être conduite dans un village situé à vingt kilomètres en arrière du front ; elle y serait à l'abri des obus : pour que le repos soit profitable à nos soldats, il est indispensable qu'ils ne soient pas constamment sous la menace des bombardements.

La réalisation de ce projet semble facile : le commandement en avait, au début de l'année, admis le principe.

Au cantonnement, où ils viennent d'arriver, il se produit *à peu près constamment*, que les hommes ne trouvent même pas de paille où dormir : ils en sont alors réduits à s'enrouler dans leur couvre-pied et *à s'étendre par terre*, le cantonnement n'étant pas encore prêt.

Dans les armées britannique et américaine, dans certaines armées françaises au contraire, les hommes trouvent des endroits clos, chauffés en hiver, granges, fermes ou baraquements, où s'alignent des paillasses et même des lits rustiques.

Il faut, cependant, que les majors de cantonnement, qui possèdent ce matériel, l'*utilisent au moment voulu* ; il faut que, *partout*, ce matériel existe. Il suffit de faire fabriquer des cadres en bois, montés sur quatre pieds, de fixer, à la partie supérieure, un treillage en fil de fer, formant sommier. Avec une paillasse, rembourrée de paille, de warechs ou, à défaut, de feuilles sèches, avec un traversin et un sac de couchage, le soldat est certain de dormir convenablement et de se reposer.

On ne doit pas considérer comme des utopies ces desiderata, que j'ai, pour ma part, maintes fois réalisés, notamment pendant l'hiver 1914-15, dans les villages d'Argonne. Il y a des cantonnements, rares il est vrai, où une telle installation fonctionne avec régularité. Ce qui a pu être obtenu en certains points peut l'être partout.

L'alimentation, dans les formations de repos, doit particulièrement retenir l'attention du commandement, ainsi que du personnel médical, appelé à exercer, en ces matières, une influence prépondérante, s'il le veut bien, *s'il sait le vouloir*.

L'usage des *cuisines fixes* est à préconiser : il n'y aurait qu'à installer, sous un hangar, des foyers permanents, surmontés de grandes bassines. Notre avance n'est pas si rapide que ces foyers ne puissent rester utilisables, pendant plusieurs semaines, par les diverses unités de l'avant et de l'arrière, appelées à se succéder dans un même cantonnement.

Cet aménagement permettrait de laisser reposer les cuisines roulantes et d'offrir à nos poilus des menus plus variés ; il permettrait aussi de leur donner, dès leur arrivée au village, un repas chaud, tandis que, si, chose assez fréquente, des accidents retardent la venue des cuisines roulantes, la troupe est plus ou moins privée d'aliments ou réduite à consommer des conserves en pleine période de surmenage, et alors que des aliments frais et excitants lui seraient plus que jamais nécessaires.

En outre, il serait facile, comme je l'ai fait en Champagne et en Lorraine, comme cela a lieu en Alsace, de doter chaque unité de réfectoires rudimentaires, simples salles couvertes, renfermant une table rustique et des bancs. L'homme mangerait ainsi bien à son aise et à l'abri des intempéries.

Dois-je revenir, une fois de plus, sur la question de *l'hygiène*, primordiale en campagne ? (1).

Le fantassin qui a passé quelquefois plus de vingt jours en ligne, *a besoin de se laver*. Il faut que, *partout*, il y ait des *bains-douches* pour les grandes ablutions, des étuves pour la désinfection et la désinsectisation des effets, des buanderies pour leur nettoyage, des lavabos tout prêts pour la toilette du matin...

Cette disposition, hélas ! est rare ou insuffisante : elle mériterait d'être plus répandue.

Il me reste enfin à traiter le paragraphe des *délassements*.

Le poilu ne doit plus s'ennuyer au repos. Il vient souvent de vivre des heures terribles dans les tranchées, bombardé et asphyxié tour à tour, avec, à tout instant, des visions de mort. Les murs du cantonnement sont recouverts de décisions, qui certes révèlent d'excellentes tendances et de louables intentions, mais qui, souvent, ne laissent aux hommes qu'un semblant de liberté du fait des interdictions ou servitudes multiples qu'elles contiennent. Il faut, au contraire, s'ingénier à amuser le soldat.

Pour cela, il suffit d'avoir une *salle de réunion*

---

(1) Voir à ce sujet :

A. SATRE. — Les parasites de la peau chez nos soldats. (*Concours médical*, décembre 1916).

A. SATRE. — La lutte contre les mouches aux armées. (*Moniteur médical*, 21 août 1917).

A. SATRE. — L'hygiène des cantonnements en campagne. (*Progrès médical*, 15 septembre 1916).

A. SATRE. — Les cantonnements de repos aux armées. (*Actualité scientifique*, juin 1918).

A. SATRE. — La désinfection des cantonnements. (*Journal des praticiens*, 7 décembre 1916), *etc.*

où il aura à sa disposition des jeux et des livres, dont tant d'œuvres généreuses ne demandent qu'à la doter, ainsi que des tables où il pourra écrire sa correspondance.

Il faut user plus régulièrement et plus rationnellement des *cinématographes* mis à la disposition des divisions ; ils doivent donner à la troupe un spectacle égayant, avec des films drôles et non tragiques, comme ils en présentent encore trop souvent.

Il faut aussi mettre à sa portée des *phonographes,* qui font rire aux larmes ces grands enfants que sont nos braves poilus.

Les conditions matérielles d'existence du soldat, qui ont pris une si large part dans l'organisation des armées napoléoniennes et qui ont tant contribué à leur assurer leurs victoires, ont acquis encore plus de valeur pendant cette guerre de tranchées que nous avons si longtemps subie, à laquelle nous avons maintenant en partie échappé, et où l'homme, agglutiné à la terre pendant de longs jours, sentait si ardemment le besoin de revivifier dans la propreté, dans un peu de confort, son corps souillé et meurtri ; elles doivent, dans la guerre de mouvements, dans la marche en avant à la poursuite de l'Allemand vaincu, rester l'objet de toute la sollicitude du commandement et du Service de Santé.

Le repos à l'arrière doit être pour le combattant *une véritable détente.*

BIBLIOGRAPHIE

Tout ouvrage ou mémoire dont il sera adressé deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

La suspension dans le traitement des fractures, par P. DESFOSSES, chirurgien de l'hôpital britannique de Paris et Charles ROBERT, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de M Pierre Duval. Un volume in-8 écu de 172 pages avec 112 figures originales dans le texte et planches hors texte. (Collection Horizon). (Masson et Cie, éditeurs), Paris, 1918, 4 fr. (+ 10 %).

Ce livre est une « nouveauté » par son sujet autant que par sa présentation.

La méthode de l'extension continue et de la suspension dans le traitement des fractures, dite, à juste titre, *méthode anglo-américaine*, est maintenant l'une des plus répandues. Et cependant elle n'avait été en France l'objet d'aucune description complète.

Peut-être cette absence d'un ouvrage d'ensemble tenait-elle en grande partie aux circonstances.

Il fallait que la guerre permît par une expérience sans précédent de constituer un centre de fractures doté d'un outillage puissant et moderne. C'est ce qui a été réalisé à l'Auto-Chir. 21, sous la direction du Dr Pierre Duval, et l'on peut sans crainte affirmer que la chirurgie civile d'après-guerre vient de bénéficier d'une expérience qui a fixé pour longtemps ses techniques.

Des deux auteurs de ce livre, l'un est élève direct du major Sinclair, l'organisateur général de la méthode dans l'armée anglaise, c'est-à-dire que son expérience a été puisée aux sources mêmes.

Ce livre est d'ailleurs, avant tout, une œuvre personnelle et une mise au point d'ensemble qui passe systématiquement en revue tous les types de fracture et tous les appareils proposés pour la suspension de chaque cas.

Une illustration riche de 112 figures originales faites sur place et dans un dessein de démonstration pratique donne à ce livre un caractère pittoresque et documentaire qui sera très apprécié.

Ce petit précis, né à la quatrième année de guerre, fait honneur à l'Edition médicale française par sa présentation élégante et pleinement adaptée à son sujet.

Etudes sur la pathologie du soldat (1916-1917), par MAURICE LOEPER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des Hôpitaux, chef du secteur médical de Troyes. Un vol. in-8, 252 p. Prix : 8 fr. chez Maloine et Fils, éditeurs, Paris, 1917.

Les études réunies dans ce volume ont, pour la plupart été faites pendant cette dernière année de la guerre. Appelé à Troyes comme médecin consultant, puis comme chef d'un secteur médical, M. Loeper a eu l'occasion d'examiner à la consultation des milliers de malades et d'en suivre à l'hôpital plusieurs centaines. Et comme il a pu avoir à sa disposition immédiate tous les moyens d'étude clinique, chimique ou radiologique nécessaires, il apporte des enseignements très utiles sur les commotions et traumatismes ; sur les glandes surrénales en pathologie de guerre ; sur les injections intra-veineuses de soufre colloïdal ; sur les maladies infectieuses et septiques.

Ce sont les quatre grandes divisions du livre de M. Loeper.

Une analyse même complète ne pourrait en rendre l'originalité : la sobriété du détail, la clarté de l'exposé en font un livre de premier plan et l'on ne saurait trop louer M. Loeper d'avoir publié ces études sur la Pathologie du soldat. C'est de la bonne pathologie, de la pathologie vivante dont la clinique et la thérapeutique du soldat malade ne pourront que bénéficier.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'albuminurique et son régime (1).

Il n'y a pas d'albuminurie, il n'y a que des albuminuriques. *Tout régime systématique est ici une erreur.*

Rappelons les 8 règles provisoires fixées par le Prof. A. Robin (2).

1° Les régimes lacté absolu, lacto-végétarien, lacto-végéto-animal *donnent moins d'albumine* que les régimes sans lait.

2° L'albuminurie *augmente* quand on substitue le vin ou simplement l'eau rougie au lait.

3° L'alimentation où figurent les œufs donne moins d'albumine que celle où entre la viande.

4° Un régime composé d'œufs et de lait *donne souvent moins d'albumine* que le régime lacté absolu.

5° Parmi les viandes, *le veau et le bœuf donnent moins d'albumine* que le poulet et le mouton.

6° Le poisson est *recommandable* sous certaines conditions : *a*) Fraîcheur absolue. *b*) Parmi les poissons d'eau douce, préférer ceux qui vivent dans les eaux limpides et courantes (truite).

7° Végétaux *donnant le moins* d'albumine : pommes de terre, riz, carottes.

8° L'addition de pain à un régime quelconque augmente *rarement* l'albuminurie ».

En clinique, la grande division des néphrites, en aiguës, subaiguës, chroniques demeure toujours exacte.

A. Dans les néphrites aiguës, *ou toxiques ou infectieuses* ; dans les poussées aiguës des néphrites chroniques (urémie menaçante ou constituée) : instituer une diète hydrique de 24, 36, 48 heures, suivie de régime lacté intégral. A la fin de la première semaine, permettre les fruits crus très mûrs ou cuits (compote sucrée). A ce moment-là, commencer les potages au lait de riz ou de tapioca.

B) Dans les néphrites sub-aiguës (post-typhiques, post-scarlatineuses, post-angineuses), *néphrite parenchymateuse, épithéliale, hydropigène*, régime lacto-végétarien déchloruré.

C) Dans les néphrites chroniques (goutte,

(1) Voir *Concours médical*, 15 août 1918. L'albuminurique et son albuminurie.
(2) Prof. A. Robin. — 15 juillet 1917. (*Bulletin général thérapeutique*).

artério-sclérose) *néphrite interstitielle, urémigène*, régime lacto-végétarien hypochloruré et hypoazoté, (Martinet).

Le régime du mal de Bright :

Pour Martinet, le régime déchloruré appelle les réflexions suivantes :

1° Il ne convient pas à toutes les formes du mal de Bright.

2° Il ne constitue pas tout le traitement des dites formes.

3° Appliqué sans discernement, il peut agir à la façon du pavé de l'ours.

L'anasarque, l'œdème, indiquent le régime déchloruré.

Un malade dont les urines renferment moins de 7 gr. de chlorure de sodium fait de la rétention chlorurée.

(Le taux normal du sel dans les urines est de 9 à 12 gr. par 24 h.)

Parmi les légumes, nous nous sommes, le plus souvent, bien trouvé de prescrire des oignons cuits au four. Dans l'un de nos cas, l'albumine a seulement cédé à ce régime exclusif.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Les médecins auxiliaires du S. X. nommés aides-majors perdent leur statut d'auxiliaires.

Je viens de vous envoyer ma cotisation pour le 2e semestre 1918, à la Mutualité Familiale. A ce propos, est-ce que la combinaison M. A. joue pendant la guerre, et, en cas de maladie, payerait-on les 10 fr. par jour ?

Je profite de ma lettre pour vous demander quelques questions militaires.

Service auxiliaire définitif, réformé d'avant-guerre, j'ai passé une visite en vertu d'une circulaire ministérielle. Mis service armé, j'ai fait ma demande pour être aide-major ; je n'ai pas reçu encore ma nomination. Et voilà que je lis un article de la Ligue des droits de l'homme de Paris, semblant dire que le Ministre ne peut pas faire repasser les auxiliaires régis par la loi Dalbiez.

Est-ce exact et considérera-t-on notre visite comme non existante, auquel cas on ne nous nommera pas aide-major ?

Ou, si on la considère comme bonne, à quelle date nous nommera-t-on aide-major.

De plus, si l'on nous nomme aide-major, quel sera notre tour de départ pour le front et où le savoir ?

Dr R.

Réponse.

L'indemnité-maladie de 10 francs par jour cesse d'être due aux membres de la Mutualité Familiale pendant toute la durée de leur présence sous les drapeaux, par application de l'article 38 des statuts.

Pour être nommé aide-major de 2e classe à titre temporaire, un docteur en médecine, du service auxiliaire, doit produire à l'appui de sa demande, un certificat de visite et de contre-visite médicales constatant qu'il est apte à servir, même aux armées.

Cette constatation a sans doute été faite en ce qui vous concerne. Si vous remplissez les autres conditions requises, vous serez très certainement nommé aide-major et vous perdrez dès lors le bénéfice de votre situation précédente d'auxiliaire.

Vous prendrez rang, sur la liste de tour de départ de votre région, selon votre classe, vos charges de famille et votre lettre alphabétique.

Il est exact que les auxiliaires en règle avec la loi Dalbiez ne peuvent être soumis systématiquement, périodiquement ou globalement, à de nouvelles visites, mais un chef de corps ou de service a le droit, après avis médical, de présenter devant la Commission de réforme tout auxiliaire, dont les motifs pathologiques de classement dans cette position lui paraissent avoir diminué ou disparu, pour le faire reverser dans le service armé.

A propos de la solde.

Je me permets d'avoir recours à votre obligeance pour me donner un renseignement non médical, mais qui intéresse un de mes parents, vétérinaire aux armées.

Agé de 45 ans, père de 3 enfants, il a été affecté à un régiment d'artillerie de campagne et se trouve en conséquence dans les troupes combattantes. Il me prie de vous demander s'il n'a pas droit à une relève ou si celle-ci n'a lieu que pour les officiers du Service de Santé. En tous cas, son âge ne lui donne-t-il pas le droit à une affectation moins à l'avant par une espèce de roulement analogue à celui des officiers du Service de Santé ?

Je suis, avec tout l'intérêt que vous pouvez penser, votre lutte en faveur des médecins civils mobilisés et avec vous je pense que leurs intérêts auraient pu être mieux compris. Je n'ai cependant pas voulu prendre part à votre referendum sur les galons, car c'est, me semble-t-il, une question bien difficile à débattre,

mieux vaudrait, je crois, assurer dans cette longue guerre, l'existence du médecin et de sa famille, par une rétribution spéciale, en rapport avec la durée de sa pratique médicale : il est en effet profondément injuste de voir de vieux praticiens de 15 à 20 de pratique toucher la même solde que de jeunes aides-majors non encore promus médecins ; qui n'ont, en outre, aucune charge, et par conséquent, n'ont fait que peu de sacrifices, et surtout ne sauraient assumer la même responsabilité que des praticiens exercés.

Il ne saurait y avoir aucune injustice à l'égard des autres officiers des autres corps ou services de grade égal, car l'avancement du médecin n'est nullement comparable au leur et d'autre part, y a-t-il eu la moindre protestation de leur part quand des médecins ont été promus à 4 galons, simplement parce qu'ils avaient un titre universitaire ?...

Excusez cette longue lettre. Combien de choses restent à dire, mais en l'état actuel mieux vaut laisser passer l'orage et le jour de la victoire venue, il sera peut être bon de mettre les choses au point.

Avec mes remerciements, je vous adresse, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments de très réelle sympathie.

Dr R.

Réponse.

Les officiers du Service de Santé sont régis par un statut spécial relatif à leurs affectations, à leur tour de départ aux armées, à leurs relèves suivant leurs classes parce qu'ils sont affectés, très régulièrement, aussi bien à l'intérieur qu'aux armées.

Nous ne connaissons pas les règlements applicables aux vétérinaires. Nous savons seulement que ceux-ci sont considérés comme des combattants.

Nous sommes entièrement de votre avis en ce qui concerne la solde des médecins. Mais celle ci est, actuellement, fonction de leur grade, lequel les *assimile* aux officiers des armées combattantes.

Tant que cette assimilation persistera, ainsi que les règles relatives à l'avancement, les médecins n'auront que la solde de leur grade, celui-ci indépendant de leur âge.

C'est pourquoi, sans nous arrêter à la question très secondaire des galons (nous voudrions que tous les médecins en comptent 5 sur leurs manches), nous souhaitons une réforme au statut qui les régit, telle qu'un âge minimum et un temps de service minimum à un échelon de solde donné, leur apporte *auto-*

matiquement les avantages de l'échelon supérieur.

Il paraît qu'en souhaitant cela, nous sommes des révolutionnaires et faisons la guerre aux médecins de l'active ! ! !

Un peu de tout.

1° Evacué de mon régiment pour maladie contractée au cours des opérations, j'ai quitté la zone des armées pour un hôpital de l'intérieur. Ai-je droit à l'indemnité de front pendant les 3 premiers mois qui suivent l'évacuation ou bien à la solde simplement ? Il s'agit bien entendu d'une maladie à évolution très longue.

2° J'ai eu 5 ans de grade (médecin A. major de 1re classe) au début de juillet dernier ; puis-je espérer toucher la solde de 2e échelon à partir du 3 août 1918 ? J'ai été mobilisé le 3 août 1914 et n'ai eu aucune interruption de service depuis.

3° J'ai touché au début de la mobilisation une indemnité « d'entrée en campagne » de 500 fr., et au cours de la campagne, l'indemnité de harnachement de 295 fr. Je n'ai jamais touché l'indemnité de première mise d'équipement, ai-je le droit de la réclamer et quel est le montant de cette indemnité ?

4° L'évacuation du front pour maladie grave contractée au cours des opérations donne-t-elle le droit de porter l'insigne des blessés ?

Dr L. C.

Réponse.

1° *Non.* Les indemnités et allocations du front cessent en même temps que l'affectation aux armées.

2° *Oui.* Au bout de 4 ans de services effectifs, vous avez droit au 2e échelon de solde de votre grade.

3° *Non.* L'indemnité de première mise d'équipement n'est allouée qu'aux officiers nommés depuis la mobilisation. Tel n'est pas votre cas, puisque vous étiez aide-major longtemps avant la guerre.

4° *Oui*, quand la maladie entraîne, pour l'homme de troupe, la réforme, et pour l'officier, la mise hors cadre ou la radiation des cadres. Tel n'est pas encore votre cas, puisque vous êtes toujours en activité à l'intérieur.

La mise hors cadre des vieux médecins R. A. T.

Abonné au *Concours*, je suis avec intérêt la campagne inlassable que vous menez en faveur des médecins mobilisés.

Je me permets d'attirer votre bienveillante attention sur l'urgence de la relève définitive des médecins de la réserve de la territoriale. Dans le n° du 15 février, page 170, il est dit que, « la classe 1892 va être relevée et après elle les suivantes ». Nous savons par expérience combien ces opérations sont lentes et combien la résistance administrative est dure à vaincre.

Il y a cependant tout lieu d'espérer qu'avec le Dr Mourier, on pourrait obtenir une solution plus énergique et plus radicale, s'il veut bien apporter dans le service de santé les mêmes mesures qu'il a prises au sujet des combattants ; sinon, nous serons encore bernés pendant plusieurs mois.

En vertu des principes du nouveau sous-secrétaire d'Etat, il serait aisé de procéder très rapidement à la relève de tous les R. A. T. qui, depuis plus de deux ans, tiennent la place des jeunes sur le front.

Comme le fait remarquer avec juste raison le *Concours*, le seul fait de l'âge constitue la véritable « inaptitude restreinte », d'autant plus que nous sommes en surnombre dans la zone des armées, du moins en tant que médecins proprement dits.

Rien ne s'opposerait dès lors à un renvoi d'urgence de tous les vieux médecins qui en manifestent le désir, quelles que soient les circonstances.

Je me permettrai même de vous suggérer l'idée suivante : il serait à souhaiter, dans un but d'économie pour l'Etat, que les praticiens ayant dépassé la quarantaine soient démobilisés et rendus à leur clientèle à la charge par eux d'assurer un service militaire. Ceci entraînerait une suppression de solde et les populations civiles ne se trouveraient plus aussi embarrassées.

Personnellement, j'appartiens à la classe 1894 et suis sur le front depuis plus de 28 mois, ayant débuté comme médecin de bataillon dans un régiment d'active. Je me trouve très fatigué et crois bien avoir mérité mon rappel à l'intérieur.

L'an dernier, j'ai eu une entrevue avec M. le Dr D., qui me laissait entendre qu'avec un nouveau sous-secrétaire d'Etat, il serait plus facile d'être entendu. La condition s'est réalisée et le moment me paraît propice. Je suis persuadé que le Groupe médical parlementaire aurait les plus grandes chances d'obtenir satisfaction avec M. Mourier lui-même, si l'on y met de l'insistance.

Comptant sur votre esprit bien connu de solidarité confraternelle et sur votre activité, j'espère que vous ne tarderez pas à obtenir gain de cause en faveur des vieux praticiens des armées.

Réponse.

Nos idées sont conformes aux vôtres en tout point. Nous les avons de nouveau défendues en haut lieu, sans grand succès, hélas !

La relève des vieux R. A. T.

Je vous serai très reconnaissant si vous pouvez me répondre sous la rubrique « Correspondance » ou directement, aux questions suivantes :

1° A partir de quelle classe est-on qualifié de « vieux » et peut-on bénéficier de la formule de notre nouveau S. S. E. au S. S. ?

Né le 30 août 1881 je suis normalement de la classe 1901 ;

2° Quelle fut la réponse de M. le Ministre de la guerre à la question déposée le 26 février 1918 sur le bureau de la Chambre, sous le n° 20.777, par M. le député A. Bouge et demandant :

« Si les officiers pères de quatre enfants ne « doivent pas bénéficier des mêmes dispositions « que les hommes de troupe et être maintenus « dans les formations de territoriaux ».

J'ai quatre enfants et suis par suite reporté à la classe 1897. Les officiers du S. S. sont peut-être mis à part comme non-combattants.

Médecin de *réserve* et maintenu dans la réserve par décision du général de division en 1915, j'ai été promu en décembre dernier et affecté en février à un bataillon de chasseurs à pied, après 10 mois de bataillon d'infanterie, du 4 août 1914 au 10 juin 1915, puis 39 mois d'ambulance divisionnaire. Je n'ai jamais bénéficié des trois mois d'intérieur généreusement alloués en 1916, ceci sur ma demande d'ailleurs, et n'ai pas songé jusqu'à présent à réclamer, mais le temps passé et la fatigue vient.

Réponse.

1° Nous n'avons pas d'éléments d'appréciation officiels nous permettant de vous répondre ;

2° Les officiers ne bénéficient d'aucune des dispositions appliquées aux hommes de troupe relativement au nombre de leurs enfants ;

Seuls, les médecins sont reculés ou vieillis d'une classe par enfant, pour l'établissement de la classe de départ.

Les instructions officielles prescrivent aux autorités médicales de tenir compte pour la répartition de leur personnel de l'âge et des charges de famille.

Mais nous savons par expérience, que ces autorités n'en font souvent qu'à leur tête : les « *nécessités du service* » ont bon dos.

L'AUTOMOBILE DU MÉDECIN.

Extrait d'une Circulaire ministérielle aux Préfets du 19 octobre 1918.

Les généraux commandants de Région ont reçu des instructions pour que les *Groupements régionaux d'automobiles* mettent, contre remboursement, et dans la limite des disponibilités, à la disposition des médecins, qui possèdent des automobiles, des pneumatiques et les pièces de rechange dont ils pourraient avoir besoin.

J'attire votre attention sur la nécessité de veiller à ce que les médecins reçoivent l'essence nécessaire à la marche de leurs voitures.

Par ailleurs, lorsqu'il vous apparaîtrait comme absolument indispensable que certains mé decins aie t. pour assurer leur service, une automobile militaire à leur disposition, vous présenterez une demande au Général commandant la Région, qui a reçu des instructions à l'effet de vous donner satisfaction dans t ute la mesure compatible avec les nécessités du service.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Citation.

Le lieutenant-colonel NOIREL, cite à l'ordre du 87e Régiment d'artillerie lourde :

M. le médecin aide-major PECKER, de l'Etat-Major du 4e Groupe du 87e R. A. L.

« Dans les journées des 6, 7 et 8 avril, a assuré sous un violent bombardement d'obus « de gros calibre, l'évacuation des blessés. A « montré le plus grand courage le 6 avril, en se « portant sous le feu au secours d'hommes ensevelis par l'effondrement d'un abri et en « coopérant aux travaux de sauvetage ».

L'aide-major Pecker est le fils du Dr Pecker, de Saint-Germain-en-Laye, un de nos lecteurs fidèles du *Concours médical*, auquel nous adressons nos félicitations les plus vives.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

L'assimilation de grades des médecins militaires est une hérésie.....

Ce n'est pas de notre part simple vue de l'esprit, fantaisie de mauvais goût ou paradoxe. Les faits nous donnent raison et nous fournissent les arguments péremptoires sur lesquels nous étayons notre conviction.

D'arguments, nous en avons tiré un puissant de la promotion d'emblée, à 3 et 4 galons, de tous les médecins officiels que la mobilisation trouva simples soldats, ou médecins auxiliaires ou modestes aides-majors, ce qui ne s'est jamais vu pour les officiers des armées combattantes.

On nous a répondu : *Ce n'est pas la même chose.*

Parfaitement ; nous sommes d'accord : ce n'est pas la même chose ; *ce n'est pas assimilable.*

Une nouvelle preuve s'offre à nous, non moins irréfutable : c'est le *Journal officiel* qui nous la fournit.

Nos lecteurs ont remarqué sans doute, dans le dernier numéro du *Concours médical*, la question posée par M. Barthe, député, au Ministre de la Guerre, sur ce qu'il y a d'anormal dans ce fait, que les chirurgiens de secteur se font remplacer, dans l'inspection des formations de leur secteur, par des collaborateurs d'un grade moins élevé souvent que les médecins chefs de ces formations.

Le Ministre a répondu.... sans répondre.

La vérité, c'est qu'en effet les médecins et chirurgiens de secteur, — et non pas seulement leurs collaborateurs, — ont été longtemps et sont encore parfois d'un grade moins élevé que les médecins chefs des hôpitaux de leur secteur.

Or, il y a des décisions que ceux-ci ne peuvent pas prendre sans l'autorisaiion de ceux-là.

La subordination est donc, dans une certaine mesure, en raison inverse des grades.

En fait, nous n'y voyons rien de choquant: les médecins et chirurgiens de secteur ont été choisis parmi les agrégés, les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les anciens chefs de clinique, les anciens internes des hôpitaux des grandes villes de Faculté. Ils représentent, d'heureuse façon, l'utilisation des compétences, et sont, à proprement parler, des consultants dont aucun praticien, si distingué soit-il, ne peut se trouver diminué de solliciter, et même au besoin de recevoir des avis.

Mais en droit ! En droit, c'est la violation même du grand principe sur lequel repose le vaste échafaudage de la discipline militaire, à savoir, la subordination de l'inférieur envers son supérieur.

En fait, l'aide-major, médecin ou chirurgien de secteur, a une autorité plus grande, des pouvoirs plus étendus que le médecin major, médecin-chef d'un hôpital de secteur.

Est-ce à dire que l'institution des médecins et chirurgiens de secteur soit mauvaise et que nous la voulons combattre ?

Que non pas. Nous approuvons au contraire pleinement, nous le répétons, cette utilisation des compétences.

Mais ce que nous ne saurions approuver, c'est la persistance d'une hiérarchie desuète qui aboutit, dans le sujet qui nous occupe aujourd'hui, à mettre ainsi la maison à l'envers.

Les adversaires de nos idées nous objecteront sans doute que les faits que nous signalons doivent être plutôt rares. Moins qu'on ne le pourrait croire. Mais n'en eût-il existé qu'un, qu'il suffirait, à notre avis, pour justifier la proposition qui sert de titre à cet article, et qui en sera de nouveau la conclusion : « L'assimilation des grades des médecins militaires à ceux des officiers des armes combattantes est une hérésie. »

La répartition des médecins.

Aux armées,

Honoré et cher confrère,

Je lis toujours avec intérêt la « Correspondance» du *Concours Médical* où s'agitent toutes les questions intéressant notre profession dans ses rapports avec la guerre et l'après-guerre. Il en est une qui ne me paraît pas avoir été abordée et qui présente pourtant quelque intérêt tant pour la sécurité de nos admirables soldats,

que pour la légitime répartition des médecins.

Je me hâte de dire que je ne vais pas exhaler une plainte personnelle, je suis dans un beau régiment où je suis revenu sur ma demande après blessure, sans attendre l'expiration de mon congé d'inaptitude.

Voici le fait brutal : *les régiments manquent de médecins, et il n'y a plus de médecins dans les réserves de personnel sanitaire d'armées.* A la ...e armée, il manque 53 médecins : la R. P. S. est vide ; à la ...e armée, qui est la mienne, il manque 89 médecins : la R. P. S, est également vide. Les directeurs sont obligés de démunir les ambulances divisionnaires de leurs aides-majors pour les placer dans les régiments, soit comme médecins de bataillon, soit comme médecins-chefs ; en ce dernier cas, il n'y a plus dans les bataillons que des étudiants ayant 8 à 12 inscriptions, médecins auxiliaires ou sous-aides-majors. Je sais, mieux que personne, qu'il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine pour faire un *pansement d'emballage* au P. S., ou pour placer un garrot, il n'est même pas indispensable d'être étudiant : un bon infirmier suffirait pourvu qu'il soit intelligent et qu'il ait du *cran,* mais ce serait méconnaître le rôle du médecin, qui est un des facteurs de la discipline et de la valeur de nos troupes au même titre que la bravoure de nos officiers. Pour ne pas laisser les régiments sans médecins, on en est donc réduit à priver les ambulances d'une partie de leur personnel, et, s'il arrive un *coup dur,* il se produit alors ce fait lamentable, c'est que malgré dix-huit heures de travail, les rares médecins n'ont pas le temps de trier ni de revoir assez vite les blessés : le bacille de Nicolaïer et le vibrion septique en profitent... malgré la poudre de... perlin... !

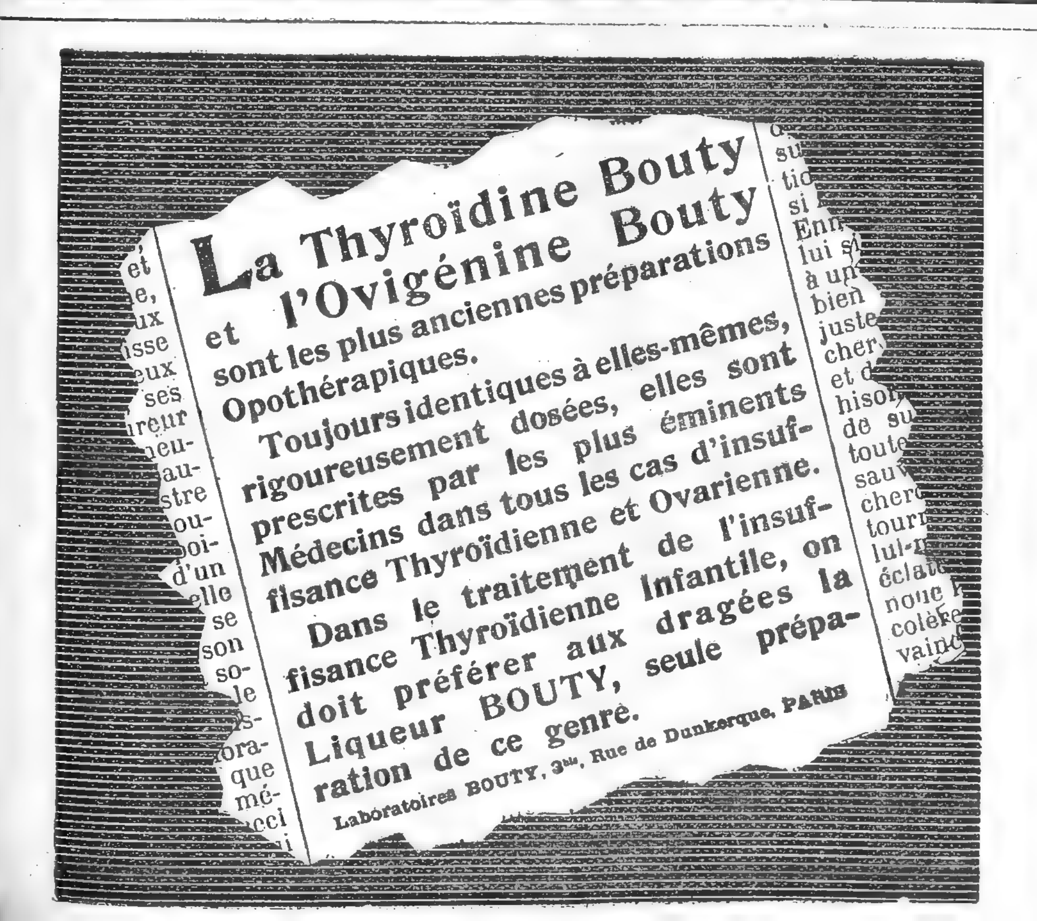
Pourquoi y a-t-il pénurie de médecins aux armées, quand on en voit tant à l'arrière qui, sans les labeurs du «bridge», n'auraient rien à faire ? C'est tout simplement parce que la rentrée d'un médecin des armées à l'intérieur, ne déclenche plus automatiquement son remplacement numérique par l'envoi à la R. P. S. d'un médecin, du grade égal, de l'intérieur aux armées. On m'objectera que malgré les belles listes établies avec coefficients d'âge, de charges de famille, de durée de séjour au front, etc., ce remplacement est devenu difficile parce qu'il y a eu beaucoup de tués et de morts de maladie, beaucoup de médecins blessés ou malades rendus définitivement inaptes aux fatigues de la guerre ; c'est vrai, mais ce n'est pas suffisant. La vraie raison — *inavouée certes* — c'est que beaucoup de médecins ne veulent pas venir aux armées et qu'un plus grand nombre encore ne tient pas à y retourner. Les listes de départ sont établies, la R. P. S. demande des médecins : le no 1 est aux eaux en congé régulier le no 2 est apte restreint pour ulcère de l'estomac ou angiocholite (article très recommandé), le no 3 est inapte deux mois, le no 4 achève son instruction de physiothérapeute, etc., etc. ! et aucun médecin n'est envoyé ; il n'y a pas de médecins à l'intérieur, sauf au café ! ! à l'entresol ! ! ! (Je parle des heures non réglementaires.)

Pourquoi les médecins qui ont des postes à l'intérieur s'y accrochent-ils ainsi, et attendent-ils pour *demander à partir au front* (ô héros méconnus !) la possibilité de permuter avec un collègue d'H. O. E. ou de toute autre formation de la zone des armées ?

Ces postes sont particulièrement réservés aux *médecins militaires de l'active* et aux jeunes *santards* : simple coïncidence, sans doute. N'insistons pas.

— C'est tout franchement — attention là ! le chœur des inaptes *anorchides* et des pseudo-spécialistes ! ! — parce que le *régiment* (ou le bataillon, selon le grade) est la *seule affectation redoutée*; or les R. P. S. ne ravitaillent guère que les régiments, car ce n'est à peu près que dans les régiments que se produisent des vacances par maladies, blessures, mort ou disparition, vacances que peu de volontaires tiennent à combler. Cette répugnance pour le régiment a de nombreuses raisons, sinon des excuses ; en effet : 1o le médecin de régiment, comme les combattants, vit séparé des siens pendant des périodes de quatre à six mois, séparées par dix jours de «perme» ; 2o il subit toutes les fatigues, et il est exposé à presque tous les dangers de la guerre (consulter la liste des pertes au feu) ; 3o il fait métier d'officier beaucoup plus que de médecin, son rôle médical est réduit à presque rien ; 4o il est aussi peu favorisé que possible dans la distribution des récompenses (citations, avancement, Légion d'honneur) ; son rôle manque de brillant, on le voit peu pendant l'action, on l'oublie dans les rapports fournis, on n'y pense que s'il est tué, blessé ou mutilé ; les propositions pour l'avancement qui le concernent doivent franchir six échelons hiérarchiques avant d'arriver au ministère, comment ne tomberaient-elles pas en gravissant ce long calvaire ! d'autant plus que laisser avancer un médecin de régiment (presque toujours de *complément*), c'est boucher une place, reculer d'un rang le tour d'un camarade qui est plus ancien, qui est peut-être au front depuis le même temps .. dans un confortable Q. G ! Mêmes échelons à gravir pour les propositions dans l'ordre de la Légion d'honneur.

A l'intérieur, au contraire, et même dans la zone des armées : 1o c'est la vie de famille agréable, avec de nombreuses permissions de 24 h. ou de 48 h. sans préjudice des permissions de détente ; 2o c'est la tranquillité loin du canon ; les bombardements aériens sont de très rares


La Thyroïdine Bouty
et l'Ovigénine Bouty
sont les plus anciennes préparations Opothérapiques.
Toujours identiques à elles-mêmes, rigoureusement dosées, elles sont prescrites par les plus éminents Médecins dans tous les cas d'insuffisance Thyroïdienne et Ovarienne.
Dans le traitement de l'insuffisance Thyroïdienne Infantile, on doit préférer aux dragées la Liqueur BOUTY, seule préparation de ce genre.
Laboratoires BOUTY, 3bis, Rue de Dunkerque, PARIS

accidents réservés à la zone des armées et, que de décorations et de citations à tous les échelons ils entraînent ! ! 3° c'est l'exercice de la profession, médecine ou chirurgie, et ce n'est pas une satisfaction morale à dédaigner ; 4° c'est l'avancement et surtout le ruban faciles, car les propositions n'ont qu'un échelon à franchir : la Direction du Service de Santé ; la croix, réservée à l'avant aux médecins de régiment inutiles, est aisément accordée à l'intérieur à tous ceux qui ayant fait un séjour au front — *et le front, c'est profond* ! — « dirigent avec dévouement et compétence » une formation sanitaire.

Bref, au régiment, tous les inconvénients ; à l'intérieur, tous les avantages, même l'indépendance du commandement ! !

Conclusion. — Si M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé veut remplir ses R. P. S., s'il veut miraculeusement guérir de nombreux inaptes, s'il veut éviter la prolifération inaccoutumée de spécialistes improvisés depuis la guerre (physiothérapeutes, radiographes, vaccinateurs, *réformistes* et... hélas ! même chirurgiens !) il ne lui sera pas nécessaire de faire procéder à des visites plus sévères ou plus fréquentes — ce sont les vrais inaptes qui pâtiraient — ni de prendre des sanctions ; il n'aura qu'à donner des ordres pour que les inconvénients du régiment soient compensés par un avancement plus rapide et surtout par l'obtention plus facile du ruban rouge auquel les médecins de complément tiennent plus qu'à tous les galons.

« Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ! » Bravo ! mais aux jeunes des bataillons et des régiments, les récompenses ! ! C'est par des hochets qu'on gouverne les hommes et qu'on fait naître les héroïsmes, même chez les inaptes plus ou moins définitifs ou restreints !

Excusez ma longue « babille » ; j'ai jeté pêle-mêle des idées sur le papier au courant de la plume ; glanez-en quelques-unes si vous voulez, pour le *Concours Médical*.

Bien cordialement votre,

Un vieil abonné du *Concours*
Dr S.

Les vieilles classes.

La loi Mourier dit : « Les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière ».

Maintenir à l'arrière dans des emplois auxquels auraient dû être affectés des hommes plus âgés est une « faute grave s'il en fut » écrit M. Maurice Damour, député, président de la Commission centrale de Contrôle (*Journal*, 24 août 1918.)

D'un autre côté, par l'organe de M. Abrami, Sous-Secrétaire d'Etat, le Gouvernement déclare à la Chambre (séance du 31 juillet 1918) qu'il souhaite ramener à l'intérieur ou même libérer les vieilles classes pourvu que les évènements militaires le permettent.

Les vieilles classes ! Ce sont les R. A. T., n'est-ce pas ?

Or, les chiffres officiels nous disent qu'il y a à l'intérieur presque autant de médecins qu'aux armées et, d'autre part, on sait qu'aux armées les services des Etapes et ceux de l'arrière qui sont des services stables et fixes, comptent autant de médecins qu'à l'extrême-avant (divisions et organes E. N. E.). Ils nous disent aussi que tous les R. A. T. réunis constituent bien moins du sixième des médecins mobilisés.

Mais alors il est permis de se demander :

Pourquoi y a-t-il encore des médecins R. A. T. aux armées ?

Pourquoi les médecins R. A. T. encore présents aux armées ne sont-ils pas tous, de droit, affectés aux Etapes ou, tout au moins, aux formations fixes et stables de l'arrière ?

Pourquoi n'a-t-on pas donné la préférence aux R. A. T. présents aux armées pour les postes essentiellement stables d'aides-chirurgiens, de radiologues, de gaziers et autres spécialités nombreuses créées de toutes pièces depuis la guerre et qu'un stage rapide permet d'exercer ? Tous, ou à peu près tous les R. A. T. ont fait un long stage dans les régiments, cependant... et beaucoup ont déjà trois ans de front sans désemparer.

Pourquoi n'existe-t-il aucune circulaire prescrivant aux médecins divisionnaires de ne pas envoyer faire des intérims dans les régiments et les G. B. D., les médecins R. A. T. encore présents dans les ambulances divisionnaires qui tendent d'ailleurs à devenir des réserves de personnel et, *a fortiori*, à les envoyer dans des régiments ?

Pourquoi mille autres choses vexantes dont souffrent les médecins R. A. T. et qu'il serait un peu long d'énumérer ? Et pourtant les R. A. T. constituent le noyau du Corps médical digne de respect et d'égards !

Enfin, pourquoi tarde-t-on à faire la relève définitive de tous les médecins R. A. T. ? Etant donné leur temps de séjour au front, le chiffre des effectifs médicaux et leur répartition, ils l'ont mérité et c'est très amplement faisable.

Les principes posés par le Gouvernement et ordonnés par la loi sont là, cependant ! Et les chiffres aussi ! Et la logique également !

Alors ? Après quatre ans de guerre, au cinquième acte, pourquoi ne pas mettre chacun à sa place ?

Que pensent de cet état de choses les Commissions instituées pour que chaque citoyen mobilisé de par la loi soit à sa place confor-

mément à la lettre et à l'esprit de la loi ? Qu'elles jettent un coup d'œil sur les affectations des médecins à l'intérieur et aux armées et dans les armées, et elles auront bien des redressements à opérer. Y.

Nécessité d'un statut des médecins de complément,

Le 3 septembre 1918.

Monsieur le Rédacteur,

Votre journal, auquel je suis abonné, a pris voilà longtemps la défense des médecins mobilisés, toutes les fois qu'ils ont été molestés, méconnus ou victimes de l'indifférence de leurs dirigeants militaires. Votre organe a sans conteste contribué au redressement de beaucoup de torts d'ordre particulier. Je reproche toutefois à vos diverses campagnes le manque d'ampleur et de hauteur ; elles ne sont pas encore arrivées jusqu'à la bonne altitude des idées et des préoccupations générales ; il vous faudrait sortir des misères des cas individuels où votre journal semble confiner son activité ; allez plus loin et si vous voulez être vraiment le journal des praticiens mobilisés, *c'est-à-dire* de ceux qui ont effectivement donné des soins aux soldats Français, réclamez dans votre organe et dans le sens le plus général un statut des officiers de complément.

Un statut analogue à celui que possèdent les officiers de l'armée active, véritable contrat qui règle leur situation et les arme contre le bon plaisir d'un Gouvernement qui gouverne pour vivre et d'un Parlement croupion qui influence ce Gouvernement pour favoriser ses créatures ; or si celles-ci sont favorisées, c'est sur le dos de ces innombrables officiers de complément, humbles, sans voix, sans audace et sans relations, qui n'ont aucun recours légal contre les abus d'autorité et le népotisme criant qui les environnent ; si, je me trompais, ils ont le moyen de la voie hiérarchique, voie funèbre, sorte de voie appienne que bordent, tombeaux, les profonds paniers à papier de la bureaucratie militaire.

Et pour illustrer d'un cas particulier (je ne suis pas moi-même sans faiblesse) ces idées d'ordre général, je vous demande quel moyen est mis à la disposition de mes confrères et de moi-même pour frapper d'opposition la décision d'un ministre qui vient de décorer au titre militaire, c'est-à-dire avec l'appoint d'un traitement dont nous paierons une part, un spécialiste de la Ne Région qui, bien que très actif et en âge d'être déplacé, n'a pas quitté, au mépris des lois, règlements et décrets, un seul instant sa clientèle, alors hélas que nous filions vers la frontière au mois d'août 1914 pour y vivre et souffrir longtemps, pour y perdre tout et pour ramasser à la guerre peau de balle et balai de crin. L.

Je ne doute pas de votre discrétion professionnelle mais je n'ignore pas que le contenu de nos lettres n'est pas une primeur pour vous. Je vous livre ce que je pense et je garde mon nom.

PSYCHIATRIE DE GUERRE

La réforme des paralytiques généraux.

M. le docteur Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif, présente un rapport qui peut se résumer ainsi :

La question des « réformes, incapacités, gratifications dans les états psychopathiques de guerre » a déjà été examinée par la Société de neurologie, en décembre 1916, et a fait l'objet de deux rapports : l'un de M. Dupré, l'autre de M. Lépine.

La paralysie générale, d'après le compte rendu de la séance, a suscité un vif intérêt et donné lieu à une discussion animée qui a abouti au vote de la conclusion suivante :

« Dans tous les cas de paralysie générale, réforme n° 2, sauf pour les cas exceptionnels où un traumatisme encéphalique peut être légitimement invoqué dans l'accélération ou l'aggravation de la maladie, auxquels cas on peut appliquer un taux d'incapacité de 10 à 30 % ».

Cette conclusion a semblé quelque peu radicale et exclusive à plusieurs médecins qui reçoivent dans leur service des paralytiques généraux provenant du front, et ils ont pensé qu'un nouvel examen de la question conduirait peut-être à atténuer dans une certaine mesure, à l'égard de quelques cas de paralysie générale, la règle proposée pour déterminer le numéro de réforme réservé à la presque totalité des malades de cette catégorie.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de réclamer une gratification ou une pension pour tous les paralytiques généraux ; mais en s'affranchissant de toute question de sentiment, est-il défendu de chercher à établir aussi scientifiquement que possible, pour des cas nettement déterminés, avec des moyens d'évaluation identiques pour tous, le droit éventuel à une indemnité qui peut résulter des circonstances de la guerre ? Ici une double préoccupation s'impose : l'intérêt du malade et l'intérêt du budget.

La conclusion votée le 15 décembre 1916 ne paraît pas tenir la balance égale entre l'un et l'autre.

On ne peut, en effet, manquer d'être frappé de la discordance existant entre la déclaration de

M. Dupré qui reconnaît que, « vis-à-vis de la méningo-encéphalite, la guerre joue le rôle étiologique secondaire et occasionnel d'un agent le plus souvent *révélateur*, parfois *accélérateur*, enfin et plus rarement, *aggravateur* », et la conclusion tirée de ces prémisses, à savoir qu'en dehors des cas exceptionnels où peut être invoqué un traumatisme encéphalique, la paralysie générale n'entraîne que la réforme n° 2.

Il est vrai que c'est une question de doctrine qui a entraîné le vote : celle de l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale. On avait un peu perdu de vue le malade pour concentrer toute son attention sur la maladie.

Cependant M. Lépine, dans son rapport, avait présenté au sujet du rôle de la syphilis dans la production de la paralysie générale des remarques qui méritaient d'être prises en sérieuse considération. Ne disait-il pas : « La paralysie générale n'est pas uniquement de la syphilis, c'est de la syphilis plus quelque chose qui nous est inconnu, mais qui n'est sans doute ni un virus particulier, ni un terrain constitutionnellement préparé ».

Quoi qu'il en soit et sans ouvrir de discussion doctrinale, mais pour éclairer le sujet qui nous intéresse, il est quelques questions qu'il importe de poser, car, de la réponse qui y sera faite, pourra découler ou non la légitimité, dans certains cas, d'une réforme autre que la réforme n° 2 pour la paralysie générale.

Ces questions, les voici :

La syphilis est-elle la cause exclusive de la paralysie générale ? Quelques auteurs et en particulier Klippel ne le pensent pas.

En admettant que la syphilis soit à l'origine de toute paralysie générale, suffit-il d'être syphilitique pour devenir paralytique général ?

Si cette condition ne suffit pas, d'autres causes doivent forcément intervenir pour produire la maladie Peut-on légitimement trouver dans les conditions où se trouve le soldat, sur le front, des causes déterminantes de la paralysie générale ?

Ces causes déterminantes peuvent-elles être considérées comme résidant dans les traumatismes craniens, le surmenage physique et moral, les fatigues et les émotions résultant de bombardements répétés, les infections et les intoxications ?

La guerre ne joue-t-elle à l'égard de la paralysie générale, que le rôle d'agent révélateur, accélérateur ou aggravateur ?

Est-il inadmissible que, parfois, elle ait pu jouer un rôle *localisateur* et favoriser la production de la maladie ?

Si l'on admet que la syphilis ne suffit pas, à elle seule, à faire la paralysie générale et que les fatigues de la guerre aient pu, dans certains cas, jouer un rôle non pas seulement révélateur, mais localisateur, aggravateur et accélérateur, existe-t-il un moyen pratique de dépister ces cas ?

A notre avis, la difficulté n'est pas insurmontable, elle n'est pas plus grande que lorsqu'il s'agit de déterminer la part qui revient aux circonstances de guerre dans l'aggravation de l'état d'un tuberculeux.

Mais il convient de ne pas envisager en bloc tous les cas de paralysie générale qui ont été constatés chez des militaires depuis le début des hostilités.

Une distinction s'impose. Sans enfreindre les règles de l'équité, il est permis de ne pas confondre, à cet égard, les soldats qui sont restés à l'intérieur, à qui la guerre n'a apporté ni perturbation totale de l'existence, ni surcroît de danger, avec ceux qui ont passé un temps plus ou moins long sur le front.

C'est pour cette dernière catégorie de malades seulement que nous réclamons une atténuation de la règle adoptée par la Société de Neurologie.

Chaque cas devrait faire l'objet d'un examen particulier.

Il faudrait, pour admettre qu'il existe une relation entre les fatigues de la guerre et l'apparition de la paralysie générale, exiger que la durée du séjour au front ait été de huit à dix mois par exemple.

Dans les cas de ce genre on appliquerait les prescriptions du la circulaire du 15 octobre 1916 sur les « Droits à la réforme n° 1 des militaires *mis dans l'incapacité de servir par des infirmités* nettement aggravées par le fait du service ». On devrait s'adresser au commandement pour avoir une connaissance complète des services imposés à l'intéressé !

Le taux d'incapacité serait assez élevé.

UN EXEMPLE A SUIVRE

Notre collaborateur le Dr Siguret, vient de donner un excellent exemple que nous engageons nos confrères mobilisés à suivre.

Nous venons en effet de recevoir la lettre suivante :

Monsieur le Président,

M. le médecin aide-major Siguret, ayant soigné, avec beaucoup de dévouement ma fillette malade, n'a voulu accepter aucune rétribution, mais m'a demandé d'envoyer au *Concours médical*, pour des Œuvres de guerre, une somme de vingt francs. Je le fais avec plaisir. Ci-joint mandat-poste de cette somme dont je vous demande de m'accuser réception.

Veuillez agréer, M. le Président,

Vitry, le 6 oct. 1918.

R..., Directeur-gérant du *Républicain*.

Le *Concours médical* a adressé la somme de 20 fr. qui lui a été envoyée à la Caisse d'assistance médicale de guerre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Le retour du médecin à la vie normale

LES PROBLÈMES DE L'APRÈS-GUERRE

La reconstitution de la clientèle des médecins mobilisés.

Le retour du médecin praticien à la vie normale commence à préoccuper beaucoup de nos correspondants et les problèmes de l'après-guerre demandent une solution. Parmi eux le plus important est la reconstitution de la clientèle des Confrères Mobilisés, clientèle qui après 4 ans 1/2 d'absence, sera fatalement compromise.

Nous publions les lettres intéressantes que nous avons reçues à ce sujet.

I. — La reconstitution des clientèles des médecins mobilisés.

C. le 9 octobre.

Mon cher Confrère,

Je vous adresse la petite note ci-jointe que j'ai découpée dans un Journal médical. Si l'intention en elle-même est louable, il me semble qu'il y aurait d'autres moyens de favoriser le retour de la clientèle aux médecins mobilisés. A quoi sert-il de faire état des décorations, de l'avancement, quand on sait que certains confrères les doivent à la faveur ? D'autre part les états de service *au front* (?) à Troyes, ou à l'avant ou ailleurs, à l'abri des bombardements, ont-ils beaucoup plus de valeur que ceux, *à la région*, à Bar-le-Duc, Châlons-sur-Marne ou Compiègne sous les bombardements ? Les affiches préconisées ne serviront qu'à faire la désunion entre médecins et à obliger ceux qui, pour une raison ou une autre, seront susceptibles d'être moins considérés, de se défendre par des moyens contraires à la déontologie.

Les membres de l'Académie de médecine feraient beaucoup mieux d'exercer leur sollicitude au corps médical en prenant la liste de tous les postes vacants après la guerre afin de permettre à ceux des régions envahies ou ayant souffert par l'ennemi de retrouver rapidement une clientèle et de réparer les pertes matérielles qu'ils ont subies.

Je vous prie de recevoir l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr L.

Médecin du Dépôt du Ne R. I.

Aux populations françaises

Une dette d'honneur.

Les soins aux blessés de la guerre ont été payés par la vie de plus d'un millier de médecins. Ceux qui ont échappé aux périls du devoir accompli rentrent aujourd'hui dans leurs foyers. Ils ont sacrifié leur position au salut de la Patrie ; nous avons le ferme espoir que, de retour chez eux, ils retrouveront une clientèle fidèle.

Le Docteur... (*nom du médecin, états de services au front, blessures, citations ; ces détails étant fournis par le Syndicat départemental ou le Bureau de l'Association des Médecins de France*) mérite hautement de reconquérir, dès son arrivée, la confiance des malades. Il a mûri son expérience et il s'est dépensé sans compter.

(Cette affiche sera apposée à la porte du domicile où réside chaque médecin et sur le mur de la mairie et des écoles).

Pr GEORGES HAYEM, président de l'Académie de médecine.
Pr DEBOVE, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.
Pr PIERRE MARIE, membre de l'Académie de médecine.
Pr MARFAN, membre de l'Académie de médecine.
Pr PINARD, membre de l'Académie de médecine.
Pr QUÉNU, membre de l'Académie de médecine.
Pr A. ROBIN, membre de l'Académie de médecine.
Dr MAURICE DE FLEURY, membre de l'Académie de médecine.
Dr SIREDEY, membre de l'Académie de médecine.
Dr WALTHER, membre de l'Académie de médecine.

N. D. L. R. — Nombre des membres de l'Académie de médecine étaient absents à la dernière séance.

Parmi les signataires d'aujourd'hui, quelques-uns estiment que la mesure que nous préconisons et à laquelle ils ont adhéré aurait besoin d'être appuyée par les projets d'une fiscalité protectrice (exemption des impôts pour quelques années), et d'administration (fixation du nombre de médecins par localité, etc.).

II

La protection de la clientèle des médecins mobilisés.

Les règlements ne sont que de vains mots !!

Rentré dans la vie civile sur ma demande, ayant été rappelé des armées (par la dépêche ministérielle, au sujet des capitaines de 50 ans), où mes chefs désiraient me conserver et moi y rester, n'ayant pu m'habituer à l'inactivité des formations de l'intérieur, je me trouve aux prises dans ma clientèle avec un Docteur beaucoup

Demandes et Offres (Suite)



Nº 96. — A vendre voiture Zèbre mono, 3 vitesses, état neuf. M. Courtabessis, 65, rue de Boisdenier, Tours.

Nº 97. — Loiret. A céder clientèle 10.000 fr. touchés. Pays de chasse et pêche. Fixes.

Nº 98. — Dans clinique, centre de Paris, place à prendre pour spécialistes autres que gynecol. et oto-rhino-laring. Frais modérés. Dr Lorain, 43, rue Reaumur, lundi, mercredi, vendredi de 5 h. à 6 h.

Nº 99. — A céder 120 km. de Paris, très bonne clientèle de docteur, non mobilisé, décédé.

Nº 100. — Infirmier diplômé, très bonnes références, réformé, demande emploi dans clinique ou usine. M. Léon Delaby, 6 rue du Parc, St-Mandé Seine.

Suite page XXII.

Demandes et Offres (*Suite*)

—

N° 101. — Près La Rochelle à prendre de suite poste médical datant de 35 ans, pays riche. Seule condition : prendre la maison du titulaire qui a toujours été habitée par un médecin. Dr Dubois, 1 rue St-François, La Rochelle.

—

N° 102. — Médecin demande cabinet médical à Paris.

—

N° 103. — On demande spécialiste O R L connaissant yeux si possible.

—

N° 104. — A céder de suite, pour cause de décès, très bonne clientèle dans chef-lieu de canton de l'Aube. Rapport 10 à 12.000 frs. touchés. Mme Vve Velut, Piney Aube.

Petite correspondance

—

Dr N., à *Sou Médical*. — Membre du « Sou », je vous serais obligé de bien *vouloir me donner* le plus rapidement possible le renseignement suivant:

J'achète pour mon service médical, une voiture automobile d'occasion. Suis-je assujetti à payer la taxe de luxe ?

Réponse. — Les voitures automobiles servant au transport des personnes sont assujetties à la taxe de luxe quel que soit leur prix.

D'autre part, la loi qui établit cette taxe ne fait aucune distinction entre les marchandises neuves et celles d'occasion.

Il y a donc lieu de conclure que vous devez la taxe de luxe de dix pour cent sur le prix d'achat d'une voiture automobile d'occasion, achetée pour le service de votre clientèle.

P. S. — Nous trouvons confirmation de notre opinion dans la réponse ci-après, parue au *Journal officiel* du 28 septembre dernier :

23619. — M. Ernest Lamy, député, demande à M. le Ministre des Finances si la vente des voitures automobiles d'occasion donne lieu à la taxe de 10 p. 100. (*Question du 5 septembre* 1918).

Réponse — Réponse affirmative, la loi du 22 mars 1918 n'ayant fait aucune distinction entre les voitures neuves et les voitures d'occasion.



plus jeune que moi, mobilisé depuis plusieurs années dans un hôpital, dit de tuberculeux, voisin de ma circonscription.

Pendant mon absence et celle des confrères partis au front, il a pu facilement se créer une vaste clientèle civile qui l'honorait largement.

Depuis ma rentrée, il continue..... Il a de l'essence, des pneus, ne paie pas de patente, touche sa solde de capitaine, son indemnité de vie chère et de famille (plusieurs enfants), tandis que moi, c'est avec difficulté que je puis me procurer essence et pneus pour les besoins de ma clientèle. Vains mots sans doute, la réponse du Ministre de la Guerre à Monsieur Mulac, sénateur (voir *Officiel*), dont voici les termes : « aux termes des instructions en vigueur « les « médecins militaires qui prêtent leur concours « aux populations civiles dépourvues de toutes « ressources médicales ne doivent percevoir que « leur solde à l'exclusion de tous autres hono- « raires ou émoluments. Le médecin qui accepte « des honoraires enfreint donc la réglementation « et, de ce fait, devient passible d'une sanction « disciplinaire ; chaque cas d'espèce demande « à être examiné individuellement ».

Le *Concours médical* ne pourrait-il faire cesser de telles injustices ?

Un Major qui désirait rester au front.

Réponse.

Le médecin mobilisé qui se conduit comme vous nous l'exposez, agit en mauvais confrère. Faites une première démarche auprès de la Direction du Service de Santé régionale dont il dépend. Mais ayez soin de vous entourer de toutes les garanties possibles et de preuves des faits reprochés.

Si vous ne réussissez pas par ce moyen, adressez une réclamation motivée au Ministre de la Guerre, en lui rappelant la déclaration dont vous répétez les termes, et les circulaires qui interdisent aux médecins mobilisés de se faire honorer des malades civils qu'ils soignent. Existe-t-il un Syndicat médical dans votre région ? En faites-vous partie ? Dans l'affirmative, saisissez-le de votre situation et obtenez qu'il marche pour vous.

Il s'agit là d'un cas d'intérêt particulier.

C'est surtout le *Sou médical* qui est destiné à défendre ceux-ci.

Si vous en étiez membre, vous pourriez aussi le saisir et il vous soutiendrait.

III

Les cessions de clientèle.

A M. le Rédacteur du *Concours médical.*

Mon cher Confrère.

Maintenant qu'il y a tout lieu d'espérer que la guerre ne durera plus ...... aussi longtemps qu'elle a duré, ne croyez-vous pas que le *Concours médical* pourrait rendre un grand service aux confrères en consacrant de temps en temps une page du *Journal* à des échanges de rapports au sujet de cessions de clientèles.

D'une part, bien des médecins mobilisés, jeunes et vieux, n'auront plus la possibilité de reprendre leur ancienne clientèle dans leurs régions envahies, dévastées, annihilées : (voyez Lens où il ne reste pas une maison sur un millier). D'autre part bien des médecins non mobilisés et ayant atteint un certain âge, n'ont continué à travailler sans relâche, qu'à cause de la pénurie de confrères voisins, ne pouvant le plus souvent refuser leur concours, et voudraient aujourd'hui se reposer un peu.

Or, quelle liaison y a-t-il entre ceux qui voudraient trouver un nouveau gîte et ceux qui seraient tout disposés à le céder ?

Certes, bien des journaux consacrent volontiers quelques lignes de leurs colonnes de publicité à cet usage : cela dure un jour, une semaine — une correspondance s'établit, puis tout tombe dans l'indifférence et l'oubli.

Mais bientôt chacun sera pressé, et c'est pourquoi je crois devoir vous présenter le cas pour que vous en tiriez si vous le jugez, le meilleur parti possible.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, mes bien sincères salutations,

Dr J. D.

Membre du *Concours* depuis la création.

16 octobre 1918.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration (3 octobre 1918).

Présents : MM. Noir, *vice-président* ; Mignon, Gassot et Boudin, *secrétaire.*

Excusés : MM. Maurat, Huguenin et Duchesne.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

13	Barthez	Aude	3 mois	300 »
15	Hervot	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
31	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
47	Roudouly	Tarn-et-Garonne	19 jours	190 »
61	Force	Puy-de-Dôme	18 jours	180 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
91	Avril	Loire	60 jours + 13 jours chr	643 25
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
101	Letarouilly	Manche	10 jours	100 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
171	Laguens	Gironde	3 mois	300 »
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
176	Voyer	Loire-Inférieure	un mois	100 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
206	Puitg	Pyrénées-Orientales	60 j. + un mois et 20 j. chr.	766 60
209	Decléty	Pas-de-Calais	40 jours	400 »
228	Tacheron	Aube	10 jours	100 »
243	Perret	Drôme	23 jours chr	76 60
247	Doret	Loiret	2 mois	200 »
254	Belous	Ain	22 jours	220 »
267	Chabannes	Ardèche	14 jours	140 »
268	Dodet	Yonne	17 jours + 2 mois et 13 jours chr.	413 30
301	Fleury	Seine-et-Oise	12 jours	120 »
303	Régnier	Oise	7 jours	70 »
305	Pargoire	Ardèche	14 jours	140 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
356	Lop	Bouches-du-Rhône	un mois	100 »
357	Mathieu	Paris	3 mois	300 »
388	Lavallée	Paris	3 mois	300 »
408	Rogée	Charente-Inférieure	60 jours + un mois et 9 jours chr.	729 95
510	Breitman	Seine-et-Marne	60 jours + un mois et 5 jours chr.	716 65
549	Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
597	Sellerin	Aube	3 mois	300 »
611	Morel	Savoie	6 mois	600 »
645	Le Lionnais	Côtes-du-Nord	4 mois	400 »
688	Monmarson	Paris	3 mois	300 »
696	Cézilly	Oise	13 jours	130 »
700	Rey	Haute Garonne	13 jours	130 »
712	Laffage	Côte d'Or	57 jours	570 »
748	Bougon	Eure	18 jours	180 »
770	Caudron	Paris	3 mois	300 »
790	Conçaix	Creuse	44 jours	440 »
813	Vigneron	Charente	43 jours	430 »
833	Pillière	Ardennes	20 jours	200 »
844	Willemetz	Pas-de-Calais	10 jours	100 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
878	Sallé	Somme	3 mois	300 »
879	Claudel	Var	39 jours	390 »
888	Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
910	Mendel	Paris	3 mois	300 »
912	Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
917	Baillo	Pyrénées-Orieintales	18 jours	180 »
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1001	Chenouard	Indre-et-Loire	23 jours	230 »
1008	Lemesle	Indre-et-Loire	3 mois	300 »
1045	Guny	Oise	Rectification	96 60
1101	Maksud	Eure-et-Loir	11 jours	110 »
1142	Casset	Alger	54 jours	540 »
1177	Glatard	Oran	3 mois	300 »

1207 DICQUEMARE	Constantine	60 jours + 13 jours chr.	643 30
1219 TRAZIT	Cantal	13 jours	130 »
1228 LEROY	Pas-de-Calais	13 jours	130 »
1259 RILHAC	Aube	34 jours	340 »
1294 FREYCHE	Ariège	3 mois	300 »
1308 LAUNAY	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1352 LAFAYE	Dordogne	11 jours	110 »
1408 GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1454 VALOT	Haute-Saône	15 jours	150 »
1530 LEGOURD	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1573 LECOUILLARD	Manche	2 mois et 22 jours chr.	273 25
1603 ARIN	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
1606 FAUCONNEAU	Cher	45 jours	450 »
1673 FERRAN	Gard	15 jours	150 »
1678 CAMBILLET	Alger	21 jours	210 »
686 GAIGNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1750 CLERC (½)	Jura	3 mois et 20 jours chr	183 35
1778 POIRSON	Tunisie	27 jours	270 «
1793 CONTE	Aude	3 mois	300 »
1822 ROBERT	Indre	3 mois	300 »
1936 DESWARTE	Nord	3 mois	300 »
		Total	22.772 85

Le Conseil constate que, malgré les nombreux rappels, un certain nombre de sociétaires n'envoyent pas de leurs nouvelles au Secrétaire Général en temps voulu à la fin de chaque trimestre.

Il inflige, à titre d'avertissement, des amendes légères à deux sociétaires.

Il rappelle encore une fois que les bulletins doivent arriver au Secrétaire général pour le 20 et prévient qu'au mois de décembre il sera fait une application rigoureuse des statuts.

MM. Sallé et Le Lionnais font don de leurs indemnités à la Caisse de Secours aux sociétaires mobilisés et victimes de la guerre.

MM. Armand, d'Albertville, et L. Gassot, de Chevilly, continuent à verser la double cotisation et M. Chenouard, de Limeray, fait un don de dix francs.

Le Conseil leur adresse à tous de vifs remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue une somme de 150 francs à Madame Beauxis-Lagrave et à Madame Lepage pour leur pension du troisième trimestre 1918.

Ces sommes leur seront payées sur production d'un certificat de vie au 1er octobre.

Combinaison P.

Le Conseil prononce l'admission de M. le Dr Luquet, de Melay (Saône-et-Loire).

Combinaison R.

Le Conseil prononce l'admission de M. le Dr Vidal, de Mas-d'Azil (Ariège).

Il examine ensuite la correspondance et prend les résolutions nécessaires sur les affaires courantes.

Le Secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* J. NOIR.

MÉDECINE PROFESSIONNELLE

Comment nos Administrations paperassières facilitent aux médecins l'exercice de leur profession. Les autos des médecins.

Décidément on veut rendre impossible l'exercice de la médecine pour le médecin de campagne. Nous avons eu les plus grandes difficultés à nous procurer l'essence nécessaire pour nos autos. En prévision de l'hiver et vu l'état de mes pneus j'ai demandé il y a un mois une livraison à mon fournisseur habituel.

Celui-ci me déclare qu'il faut joindre à la demande un certificat du maire. Ce que je fis.

Il envoie la commande à la maison Michelin.

Celle-ci après bien des retards retourne la commande qu'il faut paraît-il adresser à la Direction du matériel automobile militaire à Paris.

Pendant combien de temps cette demande se promènera t-elle dans les bureaux je l'ignore.

En attendant si un seul de mes pneus vient à être coupé par un silix me voilà immobilisé, en

pleine épidémie de grippe, alors que fais chaque jour de 100 à 120 kilomètres pour voir 30 à 35 malades.

On nous envoie de belles circulaires pour la protection de la santé publique et on nous coupe les jambes en nous empêchant d'aller voir les malades par des réglementations que je m'abstiens de qualifier.

Peut-être le *Concours* pourrait-il faire une démarche par un confrère autorisé auprès de la Direction des fabrications automobiles 63, avenue des Champs-Elysées pour que les demandes des médecins soient solutionnées dans le plus bref délai possible. Dr G.

Voudriez-vous avoir l'obligeance d'insérer la présente dans le prochain numéro du *Concours* ; le docteur P... dont la réclamation est insérée dans le *Concours* d'hier au sujet des pneumatiques de nos autos médicales, y verra l'aboutissant des démarches faites par un autre confrère.

1o Le 29 juillet, une commande d'enveloppes était faite par mon fournisseur habituel à MM. Michelin à Clermont-Ferrand.

La maison Michelin donna les indications qui furent exécutées.

2o Une 2e demande fut faite sur ces indications à Monsieur le Colonel directeur du service du matériel et des fabrications automobiles, 63, avenue des Champs-Elysés, Paris, celle-ci préalablement visée par Monsi.ur le Commissaire de police, et n'eut pas de réponse ; le panier était trop près, sans doute, du bureau de réception.

3o Le 7 août, j'ai renouvelé moi même ma commande ; je l'ai fait approuver cette fois par Monsieur le Préfet de la Loire — lettre particulière à ce même Préfet de ma part — avis favorable du Commissaire de police.

Réponse : Modifier la dimension 650-65 et la retourner au capitaine Leroux (S. M. F. A.), 63, avenue des Champs-Elysées.

Pendant ce temps, la maison Michelin faisait savoir à mon fournisseur le 19 août qu'elle avait déjà reçu nombre de commandes du Ministère de l'Armement avec la mention « manque » et par une 2e du 21 août : « qu'on ne peut expédier, toutes ces enveloppes sont réservées pour l'armée, et que cependant on *pense* pouvoir être en mesure de donner satisfaction dans un délai d'un mois environ ».

4o Le 17 août lettre de ma part à M. le capitaine Leroux, 63, avenue des Champs-Elysées, le priant de prendre ma demande en considération, vu l'urgence, cette lettre visée par le Commissaire de police.

Réponse : Refusé, manque.

C'est sec et clair tout à la fois.

Mais il paraît qu'il ne faut pas perdre patience avec l'Administration.

5o Aussi, hier 2 septembre, j'adressais à Monsieur le Préfet de la Loire, une lettre particulière presque suppliante, et ferme à la fois, dans laquelle j'explique que mon service va être totalement interrompu dans peu de jours, si je n'obtiens pas satisfaction. Et voilà à quoi j'ai abouti depuis le 29 juillet en l'an de grâce 1918 en souhaitant que, par l'intermédiaire des députés-médecins, de la Direction du *Concours Médical*, du président de l'Association générale des médecins de France ou de tous autres personnages influents, nos confrères automobilistes soient plus heureux que moi, qui n'ai pas su trouver encore le système *Débrouille*.

J. Grégoire.

Le Syndicat des médecins de la Seine, et la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine,

Considère qu'il est absurde de vouloir imposer la déclaration de la tuberculose avant que soient créés les organismes d'assistance qui permettront de soigner la maladie d'une manière réelle (dispensaires, sanatoria, hôpitaux spéciaux, stations agricoles, etc...) ;

Que la déclaration, contre laquelle les Syndicats médicaux se sont élevés à de nombreuses reprises, n'est même pas justifiée par l'utilité de la désinfection, par mesure administrative, au domicile des tuberculeux.

La désinfection des locaux n'a d'utilité qu'au moment où le malade abandonne ceux-ci. Appliquée en dehors de ces conditions, elle fait du tuberculeux un objet de crainte, un réprouvé et est, d'autre part, simplement inefficace.

La désinfection, chez le tuberculeux, ne peut se faire que par les soins du malade et des personnes qui l'entourent parce qu'elle doit se répéter tous les jours ; elle exige l'éducation hygiénique de l'un et des autres. Demain, comme aujourd'hui, les médecins praticiens n'appliqueront que les mesures prises dans l'intérêt des malades et celui de leur famille, et n'auront aucun respect pour les décisions administratives et même légales, qui s'opposeront à l'un et à l'autre.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON.
Thiron et Franjou Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

QUARANTIÈME ANNÉE | N° 22 | 15 NOVEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT, DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE, SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année | N° 22 | 15 Novembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Après la signature de l'Armistice. — A la veille de la Paix. Les problèmes de l'après-guerre. La reconstitution de la profession médicale. — Toujours la grippe. La... singularité des mesures administratives : Fermeture d'une Ecole de médecine en raison de l'épidémie. — La campagne anti-tuberculeuse américaine dans notre pays. — Bel exemple de désintéressement et de solidarité... .. 987

Partie Scientifique

Clinique médicale
Pathologie et traitement des dyspepsies, par M. le professeur ROBIN..... 990

Actualités médicales.
Quelle anesthésie devrons-nous désormais employer en clientèle?, par M. le Dr BÉRANGER (Raimond).... 996

Revue des Sociétés Savantes.
Epithéliomatose des goudronniers. — Troubles cardio-vasculaires et surrénaux dans la grippe actuelle. —Sur les oreillons.— La péritonite syphilitique, cause fréquente de l'ascite dans les cirrhoses du foie — Dépistage et assistance des tuberculeux rapatriés — Traitement de la grippe infectieuse par le quiquina complet. — La pression artérielle dans la maladie d'Addison......... 1000

Bibliographie........................... 1002

Notes de pratique quotidienne.
Contre la tuberculose, par le Dr R. MOLINÉRY....... 1005

Correspondance

Les permissions de détente sont un droit. — Les visites des officiers mis hors cadre. — La mise hors cadre de la classe 1889. — Le 2e échelon de solde après 4 ans de services effectifs. — Affectations des médecins, pères de sept enfants, etc............... 1005

Nécrologie..................................... 1012

Le Livre d'Or du Corps Médical Français.. 1012

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité. La gripppe et les médecins de complement 1015

Documents officiels
Les etudes des étudiants mobilisés. — La nouvelle procédure de la radiation des cadres. —A l'officiel : Questions et réponses militaires. — Etudiants médecins auxiliaires. — L'indemnisation des médecins mobilisés, délégués pour soigner la population civile. — Les autos des médecins. — Loi du 18 octobre 1918 tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du service de Santé militaire.... 1016

Correspondance
La demobilisation des médecins R. A. T.— Les médecins du service auxiliaire peuvent-ils être envoyés aux armées. — Les affectations des R. A. T. — — La médaille des épidémies............... 1022

Partie Professionnelle

La vie syndicale nécessaire
L'exercice de la médecine dans les Ardennes........ 1024

Les problèmes de l'après-guerre
La demobilisation des medecins. — Projet de modus Vivendi entre clients et médecins après la guerre. 1027

Accidents du travail
A propos du tarif Dubief............................... 1029

Variétés.
Verberie pendant l'invasion de 1914.................. 1030

Nouvelles.. 1030

PROPOS DU JOUR

Après la signature de l'Armistice

La nouvelle de la signature de l'Armistice st venue nous surprendre avec une rapidité udroyante. Certes nous avions suivi avec ne trop légitime fierté l'avance triomphale de os armées, pour être tout à fait surpris par les énements, mais nous ne pouvions espérer un ondrement aussi rapide et aussi complet de Puissance Allemande et de ses tristes Alliés. os Poilus nous ont fait vivre les journées gendaires des soldats de l'an II :

battait l'avant-garde, on culbutait le Centre ;
ans la pluie et la neige, et de l'eau jusqu'au ventre,
On allait ! en Avant !
l'un offrait la paix, et l'autre ouvrait ses portes,
les trônes, roulant comme des feuilles mortes,
Se dispersaient au vent !

Mais, si l'ivresse de la victoire a pu troubler n jour ou deux notre vie au point d'expliquer e retard de l'apparition de notre journal, elle e doit pas nous faire oublier le martyre raffiné qu'ont subi pendant quatre ans nos malheureux frères des régions envahies, livrés sans défense aux persécutions des « Kommandatur » boches :

« Leur dernier coup d'apaches, nous écrit un confrère du Nord, fut l'enlèvement des hommes de 15 à 55 ans, le 3 octobre. Mais ce qui fut le plus terrible, au point de vue psychologique, ce fut l'enlèvement des femmes et des filles destinées soi-disant aux travaux des champs. Les commissaires de police français, après le retour de quelques-unes d'entre elles, édifieront le monde sur les traitements qu'elles ont eu à subir, *même de la part des médecins boches* ! Enfin le cauchemar s'évanouit ! Il ne restera maintenant aux pèlerins de France qu'à visiter le Nord et à voir la Casse !

Qu'ajouter à cette lettre ? Nous, Français, nous avons le cœur trop haut placé pour crier Vengeance et réclamer des Représailles, mais nous avons le droit et le devoir d'exiger que *Justice soit faite et que tous les crimes soient punis*. Que les scélérats qui sont responsables de tant de forfaits, n'échappent pas au Châtiment, en essayant de nous apitoyer sur le sort des populations d'Outre-Rhin, menacées par l'imminente famine ! Nous ne demandons pas la mort de 70 millions d'Allemands, mais notre Pitié a dans les limites de nos propres frontières, et dans celles de nos fidèles Alliés, de quoi s'exercer tout entière. J. NOIR.

A la veille de la Paix. Les problèmes de l'après-guerre. La reconstitution de la profession médicale.

Grâce à l'héroïsme des soldats français et alliés, à l'habileté de leurs chefs, au génie du maréchal Foch, à l'énergie indomptable de Georges Clémenceau et des chefs des gouvernements alliés, grâce à la haute conscience du président Wilson qui a su si clairement formuler et soutenir les exigences de la Justice et les droits à la Liberté de tous les Peuples, la signature de la Paix, de la *Paix française* n'est plus qu'une question de jours.

Mais après avoir taillé, il faut recoudre, et dans notre profession médicale, plus que dans nulle autre, les problèmes de l'après-guerre seront difficiles à résoudre.

Il convient que dès ce jour on se livre à leur étude et qu'on cherche le plus rapidement possible à trouver des solutions qui ne seront pas toujours faciles à appliquer.

Les premières préoccupations doivent être de secourir efficacement les confrères des régions dévastées par la guerre et l'invasion, de leur faciliter la reconstitution de leur foyer et de les aider à se créer une situation nouvelle.

En même temps, nous devrons chercher les moyens de permettre à nos confrères mobilisés depuis plus de quatre ans, de retrouver leur clientèle. Nous devrons nous efforcer de chercher quelles compensations pourraient être données aux plus éprouvés ou à ceux dont les charges de famille sont les plus lourdes.

Enfin nous ne devrons pas oublier nos victimes définitives de la guerre : les mutilés, les malades chroniques qui, dans l'impossibilité d'exercer la médecine, ne pourront se contenter de la maigre pension que leur servira l'Etat ; il y aura en outre les veuves, les orphelins de nos morts que nous aurons à cœur de ne pas abandonner.

Toujours préoccupés de ces devoirs sacrés, nous avons dans le dernier numéro du *Concours Médical*, ouvert un chapitre nouveau en tête de notre *Partie Professionnelle* sous les titres : LE RETOUR DU MÉDECIN A LA VIE NORMALE. LES PROBLÈMES DE L'APRÈS-GUERRE.

Dans la mesure du possible, nous y insérerons toutes les propositions raisonnables, toutes les solutions dignes d'être discutées. Nous savons d'avance que certaines ne seront pas toujours d'application pratique, que, souvent entraînés par des sentiments chaleureux de confraternité, certains de nos correspondants oublieront qu'à côté de l'intérêt professionnel s'élèvent plus puissantes les exigences de l'intérêt général, mais qu'importe, il y aura toujours quelque chose de bon à glaner dans cette collaboration de tous à la recherche de la reconstitution du Corps médical français sur des bases équitables et réellement confraternelles.

On nous a reproché d'avoir publié, avec trop d'ampleur, les plaintes de nos poilus et les critiques acerbes qu'ils formulaient quelquefois avec plus de sincérité que de justice. Nous ne croyons pas que cette publication ait été nuisible, nous sommes même certains que nous avons ainsi contribué au redressement de bien des torts et à la répression de plus d'un abus.

Aussi en ouvrant nos colonnes à ceux qui voudront bien rechercher les moyens de résoudre nos problèmes professionnels d'après-guerre, nous sommes convaincus que, sans prendre à notre compte toutes les propositions, mais en les faisant toutes connaître, nous rendrons service à la profession médicale tout entière.

J. NOIR.

Toujours la grippe. La... singularité des mesures administratives : Fermeture d'une Ecole de médecine en raison de l'épidémie.

La grippe continue ses ravages. La mortalité parisienne, plus que triplée, a cependant légèrement fléchi et M. le directeur de l'Assistance Publique à Paris, qui aura certainement, à la fin de l'épidémie, organisé le nouvel hôpital destiné aux grippés, hôpital dont toute la presse a annoncé la prochaine ouverture, nous a fait savoir par la voie des journaux que le nombre des cas hospitalisés diminuait chaque jour.

Certes l'épidémie, en dépit de l'imprévoyance et de l'incurie administratives est appelée à disparaître un jour ou l'autre, et il n'est pas douteux qu'elle est en décroissance, mais si le nombre des hospitalisés devient moins fréquent, ne pourrait-on pas rechercher aussi d'autres causes de cette diminution ?

Est-ce que la sombre réputation dont jouissent actuellement les hôpitaux dans le public parisien, est-ce que l'insistance que mettent les journaux à déconseiller l'hospitalisation sur les instances de l'administration elle-même, n'ont pas leur part bien légitime dans le désencombrement des établissements hospitaliers ?

La presse continue à publier des considérations et des conseils. Notre confrère, le Dr Helme, a reproduit dans le *Temps* une lettre, en partie bien pensée, d'un de nos maîtres des hôpitaux qui a gardé l'anonymat. Malgré l'excellence des intentions et la science de ce distingué confrère, nous relevons chez lui et chez la plupart des savants et des médecins interviewés, une méconnaissance absolue de la population parisienne. Tous nous parlent d'isoler les malades, de transformer au besoin le salon, la salle à manger, le cabinet de travail en chambre d'isolement, de laisser les domestiques dans leurs chambres au sixième plutôt que de les hospitaliser. Ils oublient qu'à côté des quelques centaines de mille de bourgeois aisés qui ont salon, salle à manger et cabinet de travail, vivent deux millions d'employés et d'ouvriers qui, pour la plupart sont entassés dans des logements exigus, surpeuplés où il ne peut être question d'isolement même sommaire.

Pour notre compte, nous déplorons ce feu roulant de réflexions, d'interviews, de recommandations dont les journaux ont saturé le public ; le résultat a été d'affoler la population au point que nous avons vu en maintes circonstances les malheureux malades lâchement abandonnés par ceux qui avaient coutume de les soigner.

Et cependant, combien est faible le rapport de la mortalité dans la grippe et de la morbidité. Qu'adviendrait-il, Grands Dieux ! si au lieu de la visite de l'influenza nous recevions celle du choléra ou de la peste.



Au point de vue de l'incohérence et de l'affolement, la Province ne reste pas en retard sur Paris. Dans les journaux locaux du Puy-de-Dôme, nous relevons l'entrefilet suivant :

Académie de Clermont

M. le recteur de l'Académie de Clermont, conformément à l'*avis du Conseil départemental d'hygiène du Puy-de-Dôme, et après consultation des chefs d'établissement d'enseignement supérieur*, d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire supérieur, a décidé, *en raison de l'épidémie de grippe qui sévit en ce moment à Clermont et dans la région* :

I.— *Etablissement d'enseignement supérieur.* — La date de réouverture des cours, conférences et travaux pratiques des Facultés et de l'ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, qui devait avoir lieu le 4 novembre, est reportée au lundi 18 novembre.

Fermer une ECOLE DE MÉDECINE en raison d'une épidémie de grippe est un de ces coq-à-l'âne administratifs qui dépasse ce que l'imagination peut rêver. En tous cas, c'est là une bien belle leçon de conscience et de dévouement professionnels que M. le recteur de l'Académie de Clermont-Ferrand donne aux futurs praticiens qui fréquentent l'Ecole de Médecine de cette ville. Est-ce que les services de clinique de l'hôpital qui dépendent de l'Ecole de Médecine vont être aussi fermés ?

Bien que la note ci-dessus prétende que c'est conformément à l'avis du Conseil départemental d'hygiène du Puy-de-Dome et après consultation des chefs d'établissements d'enseignement supérieur, etc., que la décision a été prise, nous doutons, jusqu'à plus ample informé, que cette mesure (en ce qui concerne l'Ecole de médecine) ait été approuvée par nos confrères, membres du Conseil d'hygiène, et par notre vieux maître et ami, le Dr Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine. Le Dr Bousquet est bien, croyons-nous, un des chefs d'établissements d'enseignement supérieur consultés. Le connaissant bien, nous avons quelque peine à croire qu'il ait conseillé d'ajourner à quinzaine la rentrée de son Ecole.

La grippe, après la guerre, pourra fournir abondamment matière à la malignité des revuistes de fin d'année.

J. N.

La campagne anti-tuberculeuse américaine dans notre pays.

Nous avons eu l'avantage d'assister le jeudi 31 octobre, à un entretien, où M. le Dr Bruno, secrétaire général de la mission anti-tuberculeuse en France de la Fondation Rockefeller, a donné quelques explications aux délégués de l'Union des Syndicats médicaux et du Syndicat des médecins de la Seine, sur la campagne américaine anti-tuberculeuse en France.

Hâtons-nous de dire que notre confrère américain partage absolument toutes nos idées sur le rôle du médecin praticien dans la lutte anti-tuberculeuse, dont il doit être la cheville ouvrière et avoir la direction. Le secrétaire général de l'Œuvre américaine conçoit comme nous (du reste après bien d'autres) l'organisation du dispensaire anti-tuberculeux qui doit être un centre de triage et de répartition et non un établissement de traitement. Comme nous, tout en reconnaissant la nécessité des sanatoriums

populaires, il ne leur fait jouer qu'un rôle secondaire dans la lutte sociale contre la tuberculose, les résultats qu'ils donnent étant le plus souvent précaires et les frais qu'ils entraînent étant excessifs.

M. le Secrétaire général, qui a fait dans diverses régions des tournées de propagande, est satisfait des efforts qu'il a constatés, surtout en Bretagne. Il est convaincu qu'en France on obtiendra avant quelques années d'appréciables résultats.

La Fondation Rockefeller et la Croix-Rouge américaine qui ont fait quelques tentatives, notamment dans l'Eure-et-Loir, n'ont pas l'intention de multiplier elles-mêmes la création de dispensaires anti-tuberculeux.

Leur désir est de faire une active propagande et de venir en aide aux œuvres françaises officielles ou privées, qui démontreront qu'elles poursuivent avec des moyens suffisants et un plan raisonnable et sans autre arrière-pensée, la lutte contre le fléau tuberculeux.

Interrogé sur l'aide que pourrait apporter la Fondation Rockefeller à l'organisation de laboratoires de *bactériologie* créés par les Syndicats médicaux, M. le Secrétaire général nous a assuré que toute demande formulée par des médecins praticiens serait examinée avec la plus grande bienveillance, et que l'aide dépendrait de la valeur de l'organisation et de son but.

En tous cas, la Fondation Rockefeller et la Croix-Rouge américaine (qu'il ne faut pas confondre avec d'autres organisations peut-être américaines, ou se disant telles, d'initiative privée) ont la ferme intention d'accepter et même de rechercher la collaboration des praticiens et des Syndicats médicaux et de seconder les médecins en évitant soigneusement tout prétexte à conflit, qui ne saurait survenir, étant donné le but généreux de l'Œuvre américaine et les sentiments tout confraternels à l'égard des praticiens français des hommes éminents qui la dirigent.

J. N.

Bel exemple de désintéressement et de solidarité.

L'Ecole de pyrotechnie de Bourges compte un grand nombre d'ouvriers dont les familles, logées dans des cantonnements éloignés de la ville, reçoivent les soins des médecins mobilisés attachés à l'établissement. Grâce à l'initiative du docteur Barlerin, médecin-chef de l'Ecole, à l'énergique intervention du Syndicat et de l'Association des médecins du Cher auprès des autorités compétentes, ces soins sont payés et les honoraires versés à la Caisse d'Assistance Médicale de Guerre qui, de ce chef, a encaissé 450 francs pour août et septembre.

« Les médecins de l'Ecole de pyrotechnie, écrit le Dr Barlerin, ne pouvant disposer de leur modeste solde pour souscrire à la caisse de guerre et cependant désireux de lui apporter leur contribution personnelle, n'avaient qu'un moyen : accepter un travail supplémentaire afin d'en consacrer le produit à l'œuvre confraternelle et patriotique créée par l'Association générale ».

Bel et noble exemple de désintéressement et de solidarité qui mérite d'être signalé et suivi.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

M. le professeur ROBIN, à l'Hôpital Beaujon

Pathologie et traitement des dyspepsies

Messieurs,

Je vous demande la permission de saluer d'abord en vous les représentants d'une nation dont les sympathies nous sont chères, surtout en ce moment où la France et ses Alliés luttent pour la défense du droit et pour la liberté de l'humanité tout entière. Parmi ces marques de sympathie, il en est une qui nous est particulièrement sensible à nous, médecins, c'est celle de voir parmi nous une mission composée des représentants les plus distingués de la science uruguayenne, science dont nous admirons les constants et remarquables progrès. Pour ma part, je suis avec un grand intérêt les annales de la Faculté de médecine de Montevideo où je puise chaque fois de très solides éléments d'instruction. Permettez-moi aussi, Messieurs, de vous remercier et de vous dire combien je suis

honoré que vous ayez bien voulu entendre une de mes leçons. Cette manifestation comptera parmi les satisfactions de ma vie.

Messieurs, j'ai l'intention de vous exposer, d'une façon rapide, les principaux éléments qui constituent la pathologie et le traitement des dyspepsies ; c'est une question qui est extrêmement obscure, ou tout au moins, paraît très obscure ; mais j'espère vous démontrer qu'elle est beaucoup plus simple qu'on ne se l'imagine.

I

Je voudrais donner comme titre à cette leçon : « Quelle est la manière de concevoir les dyspepsies pour pouvoir les traiter d'une façon efficace. »

Avant d'entrer dans mon sujet, je vous demanderai la permission de résumer, d'une façon très rapide, la façon dont, depuis un siècle, on a conçu la pathologie et le traitement des dyspepsies. Remontons au commencement du 18ème siècle. A la fin du premier quart de ce siècle, il apparut un grand réformateur : Broussais. Il voulut desessentialiser la maladie. Il mit la doctrine de l'irritation à la base de toute la pathologie. Cela le conduisit à remplacer la dyspepsie par la gastrite ; mais la méthode thérapeutique issue de cette conception croula bientôt devant ses insuccès. L'un de ses contemporains nommé Barras renversa ses théories ; il vit dans la dyspepsie, non pas l'acte fonctionnel, mais la douleur, manifestation dominante et il transforma la dyspepsie en gastralgie. Immédiatement, cette transformation nécessitait une nouvelle orientation de la thérapeutique. Il y avait un symptôme dominant, la douleur : c'est elle qu'il fallait traiter. On s'aperçut bientôt que si on avait endormi la douleur, on avait en même temps endormi les fonctions stomacales et une nouvelle école survint, qui remplaça la médication analgésique par la médication tonique. Cette transformation s'effondra définitivement avec un Allemand du nom de Schmidtmann. Il mit le système nerveux à la base de toutes les dyspepsies, mais il s'aperçut bientôt que toutes les médications fondées sur cette théorie fléchissaient et il finit par conclure qu'il faut s'en tenir à l'individualité du malade, c'est-à-dire au malade et non pas à la maladie.

Alors, en France, parut un médecin d'une grande autorité qui s'appelait Chomel ; il se confia à la simple clinique et se borna à analyser ses malades, calmant une douleur quand elle était exagérée, remontant l'état général ; bref, il s'abstint de toute théorie. Mais bientôt un médecin dont le nom est bien oublié aujourd'hui, Beau, reprit la question des dyspepsies ; il réintégra le mot dyspepsie dans la pathologie ; il remarqua que les dyspepsies avaient des retentissements sur un certain nombre d'autres organes, mais son système tomba comme les autres. Plus tard, devant l'insuffisance de la thérapeutique, un grand médecin français récemment disparu, Bouchard, découvrit la dilatation d'estomac. Dans l'estomac dilaté les aliments stagnent ; ils fermentent ; ils donnent naissance à des produits toxiques qui vont intoxiquer l'organisme tout entier ; ils engendrent des produits acides qui donnent toutes espèces de troubles.

Cette conception fut suivie d'un rationalisme thérapeutique absolu. La pratique qui en découla eut un éclat qui a duré pendant bien des années et s'est étendu, pour ainsi dire, parmi les médecins du monde entier. Mais vint Germain Sée. Il indiqua une formule tellement retentissante que tout en fut transformé. Voici cette formule : les dyspepsies sont chimiques ou elles ne sont pas. Alors toute une légion de chercheurs se mit à étudier la chimie stomacale avec des procédés plus ou moins exacts et l'on aboutit à la division des dyspepsies en hyperchlorydriques et hypochlorydriques. Cette division conditionnait un traitement bien simpliste : il y a trop d'acide, il faut le saturer ; il n'y a pas assez d'acide, il faut donner de l'acide chlorydrique.

Cette simplification recueillit immédiatement l'assentiment universel, et dans toute les parties du monde les médecins se rallièrent à la formule de Germain Sée, et l'on crut ainsi avoir résolu le problème des dyspepsies. Mais on s'aperçut bientôt qu'en saturant les acides de l'estomac, on ne faisait qu'une thérapeutique symptomatique ; on reconnut qu'en introduisant de l'acide chlorydrique dans l'estomac qui en manquait, on soulageait parfois le malade, mais qu'on ne le guérissait pas et que le médicament perdait bientôt son action. On s'est dit : c'est que dans l'estomac, l'acide chlorydrique n'est pas à l'état pur ; dans l'estomac, cet acide a quelque chose de vivant ; alors on a remplacé l'acide chlorydrique médicamenteux par le suc gastrique de chiens, de porcs, de différentes espèces d'animaux, mais sans de meilleurs résultats. Si bien que la chimie stomacale qui nous a servi à constituer tout ce que je vous dirai tout à l'heure, a fait faillite au point de vue de la thérapeutique.

Survint une sorte de période d'anarchie ; du

moment que le traitement chimique ne réalisait pas chez le malade ce que les théoriciens en avaient attendu, on tomba dans les tâtonnements. Les uns firent du lavage d'estomac, les autres de l'antisepsie.

On essaya la déchloruration parce qu'on disait : c'est avec le chlorure de sodium que se fait l'acide chlorydrique... On employa toutes espèces de médicaments. La même variabilité survint dans les régimes : on ordonna le régime lacté ; comme le lait ne réussissait pas toujours très bien, on donna le lait écrémé ; on revint au régime sec ; les uns proposèrent le régime carné, les autres, le régime végétarien. Même anarchie du côté des boissons : les uns dirent « il ne faut pas de liquide » ; d'autres proposèrent des boissons chaudes, d'autres tinrent pour l'eau pure. Bref, l'anarchie fut complète.

Pendant cette période, on remarqua que toutes les dyspepsies n'étaient pas chimiques et on créa de nouvelles formes : la forme nerveuse, la forme motrice. Pour satisfaire certains esprits, on créa la dyspepsie nervo-motrice ; bref, le chaos fut à son comble. Enfin on isola une dyspepsie spéciale due aux spasmes du pylore, mais on en fit quelque chose de matériel et d'organique ; on ne considéra pas que ces spasmes du pylore pouvaient être en fonction des modifications du chimisme stomacal. On vit dans ces spasmes du pylore les conséquences d'une ulcération, d'un ulcère de l'estomac. D'où la nécessité de confier les patients au chirurgien, si bien qu'on peut dire que les chirurgiens ont accaparé dans une assez large mesure le traitement des maladies d'estomac.

II

Eh bien !, Messieurs, malheureusement pour les malades, la maladie ne se plie pas aux doctrines. La chimie stomacale a rendu beaucoup de services, surtout quand on sait la comparer avec les phénomènes cliniques que l'on observe chez des malades dont la chimie stomacale a été bien pratiquée. Elle nous a permis d'éclairer nos diagnostics, mais aujourd'hui la chimie stomacale ne sert presque plus à rien, sinon dans des cas spéciaux ; de telle façon que je considère qu'aujourd'hui il ne doit plus y avoir de spécialiste des maladies d'estomac, que tous les médecins qui possèdent des facultés d'observation, peuvent devenir d'aussi habiles spécialistes que les plus réputés. Pour cela, il faut les conditions suivantes : il faut que ces médecins fassent table rase de toutes les théories, qu'ils oublient tout ce qu'ils savent, qu'ils prennent la physiologie de l'organe comme base de leurs classifications, et en dernier lieu, qu'ils soient de bons observateurs des malades qui viennent se confier à eux.

III

La dyspepsie est un trouble fonctionnel : or, étudions l'organe dans lequel se passe ce trouble ; qu'y-t-il dans l'estomac ? Il y a des glandes qui sécrètent un suc apte à digérer. Il y a un épithélium qui fond peu à peu en un mucus qui protège la muqueuse gastrique contre le suc gastrique. Il y a des muscles qui broient les aliments et les évacuent quand la digestion est faite. Il y a des vaisseaux qui apportent aux glandes la matière première de leurs secrétions ; il y a des lymphatiques qui entraînent les matières des produits digérés ; enfin il y a un système nerveux qui dirige tous ces actes. On peut concevoir théoriquement qu'il existe autant de dyspepsies qu'il y a d'éléments dans un estomac, mais il faut bien savoir que si la dyspepsie peut commencer par être sécrétoire, nerveuse, motrice, l'organe tout entier est bientôt entraîné dans le sens de la déviation originelle. De telle façon qu'un trouble de la fonction qui commence par un des éléments de l'organe s'étend bientôt à l'organe tout entier.

Réfléchissons un instant : nous sommes en présence d'un organe et d'une fonction ; comment une fonction peut-elle être troublée ?

Vous aurez beau faire appel à toutes les ressources de votre intelligence, vous ne trouverez que trois moyens : dans le premier, la fonction peut être troublée par excès ; dans le second, la fonction peut être troublée par défaut ; dans le troisième, la fonction peut être pervertie. Voilà donc trois modes de dyspepsie : la dyspepsie hyperfonctionnelle ou hypersthénique ; hypofonctionnelle ou hyposthénique et la dyspepsie par perversion c'est à dire par fermentation. Vous aurez beau chercher dans votre esprit d'autres modes, il n'en est pas.

Etudions chacune de ces dyspepsies d'une façon aussi rapide que possible.

La *dyspepsie hyperfonctionnelle* est aiguë, intermittente ou permanente. La forme aiguë se manifeste dans certaines lésions du système nerveux ; c'est cette affection qui a été décrite jadis sous le nom « hyperacidité aiguë » ; elle peut se rencontrer chez les individus arthritiques, qui sont surmenés par le travail intellectuel ; son type, c'est la coïncidence de maux de tête violents, migraineux, avec des vomissements acides.

La *dyspepsie hypersthénique intermittente* est généralement d'origine réflexe ; elle se manifeste tantôt à l'occasion d'un trouble d'un autre organe comme la constipation ou comme certains troubles hépatiques ; enfin, fréquemment aussi, elle est d'origine alimentaire ; elle tient à une mauvaise alimentation où à une alimentation qui n'est pas en rapport avec les possibilités de l'estomac.

La *dyspepsie hypersthénique ou hyperfonctionnelle permanente* n'est qu'une phase de l'hypersthénie aiguë. Elle est généralement d'origine alimentaire ; l'estomac irrité, stimulé dans ses fonctions par une alimentation exagérée, acquiert la propriété de continuer pour sa propre part et sans l'intervention de l'alimentation, l'irritation qui lui a été acquise.

Quant aux *dyspepsies hyposthéniques ou hypofonctionnelles*, on en connaît deux espèces : une *forme primitive* que l'on rencontre chez les anémiques, chez les neurasthéniques déprimés, chez les gens soumis à du surmenage nerveux ; *une forme secondaire* chez les fébricitants, à la suite ou dans le cours de maladies générales. Elle est permanente ou transitoire.

Les dyspepsies par fermentations sont de deux ordres : primitives, ce sont celles qui surviennent à des gens qui mangent trop d'aliments fermentescibles, qui s'alimentent d'une façon exagérée, qui font abus d'aliments insuffisamment cuits. Il y a une forme secondaire : voilà un individu atteint de dyspepsie hypersthénique ou hyperfonctionnelle ; l'acide chlorydrique est sécrété en excès dans son estomac ; quand il mange, les aliments stimulent la sécrétion gastrique ; au moment de cette sécrétion, le pylore se ferme et il se produit un spasme du pylore. L'estomac est fermé, que font les aliments ? Ils stagnent, donc ils fermentent. Quels sont les produits de fermentation ? Ce sont un certain nombre de produits toxiques mais surtout des acides organiques. L'acidité de ces produits vient se superposer à l'acide chlorydrique et ferme davantage l'estomac qui se dilate. Les muscles stomacaux, en se contractant, finissent par vaincre le spasme du pylore et l'estomac évacue son contenu dans l'intestin.

Il en est une autre dans les hyposthénies gastriques, dans les dyspepsies hypofonctionnelles. L'estomac est aussi dilaté, mais pas comme un organe qui obéit à la loi des organes creux, et se dilate derrière un obstacle. Dans ce cas-là les aliments introduits dans l'estomac stagnent et ne peuvent que fermenter, voilà une seconde cause de fermentation secondaire.

Je veux vous résumer en très peu de mots, l'étiologie des dyspepsies. Le neuro-arthritisme prépare à la dyspepsie et rend les sujets aptes à être dyspeptiques ; l'alimentation vicieuse crée la dyspepsie ; cette dyspepsie une fois créée aggrave le nervosisme et tous deux troublent la nutrition et provoquent les retentissements dont je vous parlerai tout à l'heure. Quant aux fermentations, leur condition essentielle, c'est la stase, qu'elle soit due à la contraction du pylore ou à la dilatation atonique de l'organe.

IV

Maintenant je voudrais vous montrer les relations qui existent entre la dyspepsie, d'une part, les gastrites chroniques, d'autre part, et enfin en dernier lieu avec l'ulcère stomacal. On a examiné des estomacs atteints de dyspepsies hyperfonctionnelles ou hypersthéniques ; on a vu des tuniques musculeuses très épaissies. Cela provient de la contraction des muscles stomacaux pour évacuer le contenu stomacal à travers le pylore. On a constaté que les glandes de l'estomac étaient hypertrophiées ; elles le sont parfois tellement qu'elles se recourbent quelquefois dans l'épaisseur de la muqueuse, faisant une sorte de bec de canne. Si on examine les cellules glandulaires, on voit qu'elles ont augmenté de volume. Ces glandes qui sont surmenées par un travail intensif se sont hypertrophiées, comme s'hypertrophient les mollets d'un bicycliste ou les biceps d'un boulanger ; mais cette hypertrophie a des limites. Il vient un moment où il n'y plus de place que pour la dégénérescence granuleuse et, en effet, à une période avancée, on la constate. Mais en même temps, il se passe un autre phénomène. Les cellules fixes du tissu intesticiel augmentent ; il se crée des amas lymphatiques entre les cellules glandulaires. Qu'est-ce que tout cela ? C'est le début de la gastrite chronique. A cette époque, il y a encore des sécrétions acides exagérées ; il y a encore de l'hyperchlorydrie, des spasmes du pylore. Mais cette muqueuse dans laquelle se trouve des ilots de cette transformation à laquelle on donne le nom de gastrite acide, cette muqueuse voit diminuer ses moyens de défense : elle est plus facilement attaquable par le suc gastrique, d'où l'ulcère stomacal.

Quelles sont les conditions qui peuvent favoriser cette attaque et créer l'ulcère ? C'est une lésion accidentelle de la muqueuse ; c'est l'érosion d'un follicule clos de la muqueuse gastrique. C'est une augmention des fermentations qui

viennent superposer leur acidité à celle du contenu stomacal ; enfin ce sont des actions microbiennes ou des actions toxiques, soit par intrusion alimentaire directe, soit par la circulation sanguine.

Mais allons plus loin. Ce processus continu de formation du tissu conjonctif se poursuit. Ce tissu conjonctif atteint d'abord les glandes, et qu'est-ce qui reste ? des glandes à mucus plus superficielles et puis ces glandes elles-mêmes sont atteintes par l'invasion conjonctive et s'atrophient, les muscles enserrés aussi par ce tissu finissent par s'atrophier ; l'estomac est réduit à l'état d'une membrane inerte. Par conséquent, les gastrites chroniques ou leurs différentes formes et l'ulcère de l'estomac ne sont que des étapes évolutives de la dyspepsie hypersthénique ou hyperfonctionnelle.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS MÉDICALES

Quelle anesthésie devrons-nous désormais employer en clientèle ?

Par le Dr BÉRANGER (Raimond).
Chef d'équipe chirurgicale.

Il nous semble qu'après quatre ans de guerre, il soit possible d'indiquer au praticien quelles sont les méthodes d'anesthésie qui lui procureront une sécurité presque absolue. La Société de chirurgie a consacré un certain nombre de ses séances à l'étude de cette importante question et nous avons entendu l'opinion de la plupart de nos maîtres parisiens.

L'antique compresse a vécu et ne devra être qu'une exception, car maniée avec la plus extrême prudence, elle présente les gros inconvénients de ne pouvoir doser la quantité exacte du produit inhalé ainsi que la proportion du mélange à un moment donné du chloroforme avec l'air extérieur. Les masques devront donc toujours être employés car ils permettent de connaître le nombre de grammes du produit inhalé, qui sera, grâce à lui, toujours minimum, et le jeu des clapets renseignera même l'oreille sur la régularité et l'ampleur de la respiration.

Mais quel anesthésique général devrons-nous employer ?

Le *choloroforme*, généralement usité avant la guerre, n'a plus qu'un petit nombre de partisans irréductibles, et même administré avec les masques de Ricard et de Reynier, il n'en reste pas moins un toxique violent pour le foie, les reins, et le système nerveux. Il augmente considérablement le choc et de temps en temps une syncope blanche donne un mécompte.

Si bien que l'*éther*, cher à l'école de Lyon, a vu son domaine considérablement augmenter. Le masque d'Ombredanne est entre toutes les mains dans les services chirurgicaux et malgré qu'il soit la plupart du temps manié par des non-professionnels, il inspire toute confiance à l'opérateur. Certes nous n'oublierons pas de le proscrire chez les emphysémateux et chez les bronchitiques, ainsi que pour les interventions pulmonaires.

Les risques d'incendie du local, de brûlures du patient ne doivent pas entrer en ligne de compte, le masque étant chargé au maximum dès les préparatifs. Mais l'éther lui-même a trouvé un terrible concurrent avec le *chlorure d'Ethyle.*

Jadis employé pour les interventions de courte durée, végétations adénoïdes, amygdalotomie, avulsions dentaires en série, certains chirurgiens en font usage pour des opérations de longue durée, une heure, une heure et demie.

Cet anesthésique présente si peu de danger, que nous connaissons bon nombre de confrères qui anesthésient leurs grands blessés à chaque pansement, ou tout au moins pour les premiers très douloureux.

Sommeil très rapide, réveil semblable ; élimination spontanée ; aucune action toxique pour les principaux organes, avec possibilité d'alimentation liquide presque immédiate, absence en général de vomissements ; pas de choc surajouté.

Si l'on ne possède pas le masque à chlorure d'éthyle de Camus, il est facile de se servir de celui d'Ombredanne, grâce à une modification très simple préconisée par Berthon, pharmacien aide-major. Elle consiste à posséder un bouchon en caoutchouc à deux tubulures (une, pour l'air, et une pour le chlorure d'éthyle), bouchon qui remplace le métallique d'Ombredanne, servant à introduire l'éther.

L'association de ces trois anesthésiques en proportions déterminées (*mélange de Schleich*) est d'ailleurs très employée et là encore le chlorure d'éthyle est maximum, le chloroforme minimum. *L'appareil de Pellot* que nous avons vu manier par l'inventeur, est à signaler. C'est un appareil pour anesthésie avec un mélange de chlorure d'éthyle, d'éther et de chloroforme en proportions connues. Le praticien peut réaliser lui-même ce mélange d'après la formule donnée.

Nous avons assisté à l'anesthésie de blessés ; anesthésie presque immédiate, le sujet non attaché sur la table, car il n'existe pas de période d'excitation ni de contractures ; proportions infimes du mélange employé où le chloroforme entre pour une quantité insignifiante, durée illimitée de l'anesthésie ; réveil dès la fin de

l'intervention. Cependant Pellot ne recommande pas son mélange pour les opérations sur le petit bassin des femmes.

L'anesthésie discontinue de Chaput est à signaler ; administration et suppression alternées des inhalations anesthésiques au cours de l'opération. Cette façon d'agir est tout à fait bénigne. Au début donner l'anesthésique de façon à supprimer la sensibilité et toute réaction du blessé. Ne plus donner les inhalations jusqu'à ce que l'opération commence, redonner alors de l'anesthésique (chloroforme, éther ou chlorure d'éthyle) jusqu'à ce que l'intervention puisse être continuée et ainsi de suite, pendant toute la durée de l'acte opératoire. Avantages : pas de modification de la face, des traits, pouls régulier et bon. Pas de vomissement ; réveil immédiat ; pas de choc surajouté car la dose d'anesthésique employée est insignifiante. En réalité cette anesthésie discontinue est souvent employée ; lorsqu'ily a syncope par exemple, la prudence veut que l'on administre l'anesthésique par doses irrégulières et au moment même où le sujet est trop agité, crie st se réveille.

J'oublie volontairement l'*anesthésie générale au protoxyde d'azote* que nos alliés les Américains ont importé en France. Cependant il nous est possible de dire que son usage en pratique chirurgicale journalière ne sera guère répandu, l'appareillage qu'elle exige étant assez complexe.

Des communications récentes ont fait revivre l'*anesthésie générale par injection d'huile éthérée dans le rectum*. En janvier 1916, il nous avait été donné d'assister à un certain nombre d'anesthésies de ce genre, par le Dr Legrand, chef d'équipe chirurgicale. Deux articles récents un de Page dans *The Lancet*, et un autre d'Arthur S. Brinckley dans l'*American Journal of Surgery*, indiquent nettement que nous possédons là encore une méthode intéressante pour les opérations sur le cou, la face et les voies respiratoires.

L'anesthésie obtenue est remarquablement calme et uniforme, c'est celle qui se rapproche le plus du sommeil normal, mais c'est une méthode lente et un peu compliquée comme administration. Ce ne serait donc dans tous les cas qu'une méthode d'exception.

Les injections intra-musculaires d'éther comme méthode d'anesthésie ne persistent plus que comme mémoire.

Le chloralose employé dans les expériences de physiologie a été l'objet d'une communication du professeur Charles Richet à l'Académie des Sciences en juin dernier. « Il s'agit là d'un anesthésique par injection intraveineuse, qui loin « de déprimer le cœur comme tant d'autres, « raffermit au contraire le système nerveux. « Son emploi est tout indiqué notamment dans « les cas désespérés que présentent les grands « blessés ». Le blessé s'endort avec le plus grand calme, sans la moindre réaction, ni douleur ; il se réveille après cinq ou sept heures, opéré et se sentant aussi bien que possible. Le chloralose offre cependant deux inconvénients ; d'abord, s'il donne l'anesthésie complète, il ne procure pas l'immobilité cadavérique, le blessé s'agite, tremble, est secoué comme par de nombreuses secousses cloniques et en second lieu il provoque des troubles respiratoires. Nous avons pu assister à quelques anesthésies avec ce produit, nous devons avouer que cette question a besoin d'une étude plus approfondie et d'une bonne mise au point avant d'être lancée dans la pratique journalière.

Malgré le grand nombre d'anesthésies données et le peu d'accidents mortels connus, il est cependant du devoir du médecin de remplacer chaque fois qu'il lui sera possible l'anesthésie générale par un des nombreux procédés d'anesthésie localisée mis à notre disposition. Le client avec lequel nous avons à compter dans la vie civile acceptera plus facilement une intervention pour laquelle il ne sera pas complètement endormi.

La rachianesthésie est très en vogue et les méthodes de Le Filliâtre (cocaïne) et de Jonnesco (stovaïne-strychnine) sont trop connues pour que nous les décrivions ; il semble toutefois que l'anesthésie *lombaire haute* ne recueille que peu de partisans. Chaput, Faure, Riche en sont des adversaires. Nous entendons par ce terme d'anesthésie haute, l'anesthésie de la tête et du cou, du thorax et des membres supérieurs. La rachianesthésie doit surtout être recommandée et employée pour les membres inférieurs, le petit bassin, et même pour les interventions sur le tube digestif, foie y compris (Pauchet). Son domaine est donc encore très étendu. Son rôle hypotenseur a été affirmé par Quénu et nié par Desplas. Si son indication peut être discutée pour les grands choqués de guerre, ce procédé restera en pratique civile, car il plaira beaucoup sans nuire à notre client. Le foie, les reins, les organes hématopoiétiques ne sont pas touchés. Les nerveux et les cardiaques, les vieillards et les enfants en sont justiciables. Mais de nos jours la néocaïne, l'alloasine Lumière, et la stovaïne Billon doivent être seuls employées à notre avis.

Nous ne devons pas omettre de citer *l'anesthésie régionale de Pauchet* ; quoique peu employée aux armées, nous avons pu nous rendre compte que cette méthode présentait un gros intérêt ; elle exige comme toutes les autres une certaine éducation. Bon nombre d'opérations journalières peuvent être pratiquées grâce à elle ; anesthésie des plexus, recommandable surtout pour la tête, le cou et les membres supérieurs. Nous ne dirons que fort peu de mots

au sujet de *l'anesthésie locale* qui doit *toujours* primer et nous n'ignorons pas toute l'étendue de son domaine, qui a tendance à augmenter toujours : hernies, appendicites.

Conclusions : L'anesthésique général à préconiser à notre avis est le mélange : chlorure d'éthyle, éther, chloroforme avec masque spécial. Le chlorure d'éthyle ensuite, puis l'éther et enfin le chloroforme. Remplacer cette anesthésie générale par l'anesthésie lombaire *basse*, l'anesthésie régionale et surtout par l'anesthésie locale chaque fois que nous le pourrons. Il ne faut jamais oublier en effet que des accidents mortels peuvent se produire, que le praticien en *sera toujours* rendu responsable aux yeux du public et qu'il en supportera tout le poids dans sa clientèle.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Epithéliomatose des goudronniers. — Troubles cardio-vasculaires et surrénaux dans la grippe actuelle. — Sur les oreillons. — La péritonite syphilitique, cause fréquente de l'ascite dans les cirrhoses du foie. — Depistage et assistance des tuberculeux rapatriés. — Traitement de la grippe infectieuse par le quinquina complet. — La pression artérielle dans la maladie d'Addison.

M. Thibierge fait à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*épithéliomatose des goudronniers.*

On observe quelquefois, chez les ouvriers manipulant le goudron depuis de longues années, une forme spéciale très caractéristique d'épithéliomatose multiple disséminée. Elle succède à l'oblitération des orifices glandulaires de la peau par le goudron et les huiles minérales et se traduit par des lésions irritatives folliculaires et par des tumeurs à type corné, aplaties ou exubérantes. Ces tumeurs ont pour la plupart une évolution bénigne, restent toujours de petit volume, et peuvent s'ulcérer. Certaines s'ulcèrent largement, s'étendent, et nécessitent une intervention chirurgicale.

Les lésions occupent les régions découvertes, particulièrement les avant-bras et le visage. Elles se développent parfois sur les parties couvertes, exposées au contact accidentel des produits nocifs, apportés par les mains de l'ouvrier ou imprégnant les vêtements. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer la localisation fréquente au scrotum, région qui est si souvent le siège de lésions importantes dans toutes les dermatoses de cause externe.

Cette dermatose constitue un véritable stigmate professionnel, d'ailleurs évitable par des soins d'hygiène des téguments.

M. Thibierge en relate deux observations, dont il présente les moulages exécutés par M. Niclet, mouleur de l'hôpital Saint-Louis, qui a succédé dans ces fonctions à M. Baretta.

M. Capitan appelle l'attention sur les moulages de M. Niclet, qui sont à la fois une œuvre scientifique et artistique et viennent enrichir la collection déjà si remarquable du musée de l'hôpital Saint-Louis, musée que tous les médecins qui s'intéressent à la dermatologie connaissent bien.

— MM. Dugrais et H. Lemaire signalent à l'*Académie de médecine* les *troubles cardio-vasculaires et surrénaux dans l'épidémie de grippe actuelle.*

Les auteurs ont observé chez leurs malades de la bradycardie (pouls à 40 ou 50 pulsations), de l'augmentation de la matité précordiale, de l'angoisse précordiale avec lipothymie.

Les troubles vasculaires se sont accompagnés souvent de douleurs lombaires, de nausées, d'une diarrhée légère, phénomènes coïncidant avec la ligne blanche de Sergent et indiquant une insuffisance surrénale. La constatation de la ligne blanche était constante dans les cas graves. Sa disparition est le prélude de la guérison : elle est alors remplacée par la raie vasomotrice.

L'exploration de la tension artérielle, au moyen de l'oscillomètre de Pachon, n'a pas révélé de modifications importantes dans les formes bénignes. Dans les cas graves, la tension fut toujours abaissée dès le début, et descendit jusqu'à 6 et 5 centimètres, l'abaissement s'accentuant jusqu'à la mort.

— M. Capitan fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *les oreillons.*

M. Capitan a pu observer, depuis le début de la guerre, dans son service des contagieux de l'hôpital militaire Bégin, 700 cas d'oreillons.

Le début de la maladie a toujours été brusque, par de la fièvre (38°, 39°). Quelquefois, cependant, l'affection est restée athermique.

La douleur, variable, fut généralement peu marquée. On notait le gonflement glandulaire, avec rougeur et tuméfaction de l'entrée du canal de Sténon.

Un signe nouveau sur lequel M. Capitan attire l'attention est le gonflement de la rate, qui mesure de 6 à 10 centimètres de matité verticale. Ce signe ne manquerait presque jamais.

La durée a paru plus courte qu'on ne l'admet d'ordinaire. Dans les cas simples, le malade a été convalescent dès le 6e ou 7e jour.

Les complications ont été, les unes fréquentes les autres rares. L'orchite vient en tête des complications fréquentes. Parmi les complica-

tions rares, on peut observer des éruptions d'aspect rubéolique, des symptômes méningés, très rarement des lésions broncho-pulmonaires.

— M. LETULLE fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *la péritonite syphilitique, cause fréquente de l'ascite dans les cirrhoses du foie.*

M. Letulle tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Le péritoine constitue, fréquemment, le terrain de choix pour les cultures du spirochète de la syphilis ;

2° En règle habituelle, la péritonite syphilitique est secondaire à une inflammation du foie, qu'il s'agisse d'hépatite syphilitique dite scléro-gommeuse, ou d'une simple cirrhose diffuse, considérée à tort comme causée par le seul usage abusif de l'alcool.

3° La « péritonite syphilitique secondaire » peut être généralisée à toute l'étendue de la séreuse ; de préférence, elle reste partielle, circonscrite à une ou plusieurs régions péri hépatique, péri-colique, péri-cœcale, etc.)

4° Quelles que soient l'étendue de ses lésions, sa forme et sa contexture microscopique, la sérite spécifique respecte longtemps l'intégrité structurale des organes qu'elle recouvre.

5° Les déformations consécutives et les mutilations atrophiques subies par les replis membraneux du péritoine touchés par la syphilis peuvent donner lieu à des complications redoutables dont il convient de savoir reconnaître la source.

— MM. LÉON BERNARD et ARMAND DELILLE lisent à l'*Académie de médecine* une note sur *le dépistage et l'assistance des tuberculeux civils rapatriés des régions envahies.*

Le ministère de l'intérieur a créé à Evian une organisation destinée à recevoir et soigner nos compatriotes civils rapatriés des régions envahies. Cette organisation comporte un service médical important, dont l'une des préoccupations principales est d'assurer le dépistage et l'assistance des tuberculeux.

L'économie du système réside essentiellement dans un triage rigoureux et méthodique à l'arrivée. Un premier examen permet de distinguer trois catégories de sujets : 1° des sujets reconnus de suite atteints de formes graves de tuberculose, qui sont évacués sur un hôpital spécial ; 2° des sujets, immédiatement reconnus indemnes, qui sont autorisés à suivre le convoi ; 3° des sujets présentant des signes pulmonaires discutables, qui sont dirigés sur un hôpital de triage, auquel est annexée une maison pour les enfants sains de parents hospitalisés.

Après un séjour de dix jours en moyenne à l'hôpital de triage, les malades sont considérés comme indemnes et partent, ou sont considérés comme tuberculeux et classés alors dans l'une des catégories suivantes : *a*) tuberculeux à lésions avancées ou rapides ; *b*) tuberculeux à lésions anciennes, cicatrisées ; *c*) tuberculeux à lésions légères ; *d*) tuberculeux à lésions ouvertes, contagieuses, mais curables. En s'inspirant de ces classements, la répartition des malades est effectuée dans différents établissements qui ont été créés pour eux.

La proportion des tuberculeux adultes dans les convois de rapatriés civils est, en chiffres ronds, de un peu plus de 1 pour 100.

— M. R. DUBOIS fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement de la grippe infectieuse par le quinquina « complet ».*

Dans de nombreux cas de grippe infectieuse que M. Dubois a eu l'occasion de soigner, l'auteur a remarqué que les résultats obtenus avec le quinquina jaune total, en poudre impalpable, étaient très supérieurs à ceux donnés par la quinine. Le quinquina doit être prescrit à la dose de 3 à 4 fortes cuillerées à café par jour, une cuillerée toutes les 2 ou 3 heures dans une tasse de café chaud et sucré. La poudre de quinquina doit être ingérée en totalité. Il ne suffirait pas, en effet, de faire une infusion d'un mélange de poudre de café et de poudre de quinquina. Il importe, d'autre part, que la qualité du quinquina jaune calisaya soit irréprochable et que la poudre soit réellement impalpable.

— M. RENÉ PORAK présente à l'*Académie de médecine* un travail sur : *la pression artérielle dans 7 cas de maladie d'Addison.*

L'auteur conclut ainsi son travail (basé sur 7 observations) :

1° L'hypotension artérielle est inconstante dans la maladie d'Addison ;

2° L'hypotension, lorsqu'elle existe, ne paraît pas due à l'insuffisance surrénale : il n'y a aucun rapport entre le taux de la pression artérielle et la teneur en adrénaline des glandes surrénales ;

3° L'opothérapie surrénale ne relève pas la pression systolique des addisoniens : la courbe de cette pression continue à baisser progressivement, que le malade soit traité ou non par l'adrénaline. L'action sur la pression minima du traitement à forte dose ou de longue durée aboutit quelquefois au resserrement des vaisseaux périphériques qui entrave la circulation et favorise peut-être certaines complications graves, par exemple l'œdème aigu du poumon.

P. L.



BIBLIOGRAPHIE

Le Journal de Barèges.

En quelques pages très substantielles et fortement documentées, notre collaborateur, le Dr R. Molinéry, nous retrace l'historique de ce labeur de cinquante années, poursuivi avec la plus inlassable persévérance, par les grands cliniciens que furent les Bordeu. Théophile, l'un d'entre eux, illustra la dynastie : historien, philosophe, médecin, il fut le fondateur du *Journal de Barèges*, recueil de plusieurs milliers d'observations raisonnées....

L'auteur, après avoir rapporté une série des cas les plus curieux constatés ces derniers mois, s'élève énergiquement contre certains errements routiniers qui ont cours encore — et pour combien de temps, justes dieux ! — dans quelques hôpitaux militaires thermaux,... au Sous-Secrétaire d'Etat du S. de S. de prendre telles mesures qui conviendront le mieux, et cela sera bien, mais qu'une large initiative soit permise aux médecins de volonté. Il faut des réalisations immédiates, les circulaires viendront après !

J. N.

La gangrène gazeuse (Bactériologie, reproduction expérimentale, sérothérapie), par les Drs Weinberg et P. Séguin, de l'Institut Pasteur ; 1 vol. grand in-8 de 444 pages avec figures dans le texte, 8 planches en noir et 8 planches en couleurs (Masson et Cie, éditeurs), Paris, 1918, prix 20 fr. + 10 %).

Au mois de septembre 1914, quelques jours après la bataille de la Marne, un médecin chef du quartier général anglais, surpris du nombre considérable des cas de gangrènes gazeuses observés chez les blessés britanniquss, demanda au Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, de charger un de ses collaborateurs d'une enquête bactériologique.

Telle est l'origine des travaux qui, poursuivis systématiquement au front et à l'arrière, dans les ambulances et les laboratoires, ont été continués depuis 1914 et dont MM. Weinberg et Séguin présentent aujourd'hui un exposé d'ensemble systématique.

Les recherches des auteurs entreprises dès le début des hostilités embrassent un nombre d'observations personnelles considérable. Si cet ouvrage traite surtout de bactériologie, il intéressera aussi bien le médecin et le chirurgien que le bactériologiste.

Le médecin y trouvera un exposé général des infections gazeuses ; le bactériologiste, une description détaillée des anaérobies des plaies de guerre ; enfin, les documents réunis dans la deuxième moitié du livre aideront le chirurgien à établir une classification bactério-clinique des différentes formes de la gangrène gazeuse et à comprendre quel parti il pourrait tirer de la sérothérapie pour combattre cette grave complication des plaies de guerre.

Le volume qu'ils présentent aujourd'hui, contient non seulement les propres conclusions des auteurs, mais encore les études critiques qu'ils ont été amenés à faire sur l'ensemble des travaux publiés avant et depuis 1914 ; c'est donc une mise au point aussi complète que possible d'une question que les évènements ont remis au premier plan des préoccupations médicales.

C'est là une œuvre unique dans les littératures françaises et étrangères, puisque pour la mener à bien il a fallu la réunion d'un concours de circonstances qui pouvaient seulement être réalisées par l'Institut Pasteur de Paris.

Radiographies de l'adulte normal (atlas de 20 planches), par le Dr E. Bordet. Un atlas à 12 frs. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole de médecine, Paris, 1918.

Cet atlas, composé de 20 planches, est consacré au squelette de l'adulte normal et est destiné à faciliter l'interprétation des radiographies osseuses dans les cas de pratique courante. Montrant l'aspect radiographique normal de chaque région osseuse, il permet d'apprécier et de préciser l'état pathologique, en matière d'ostéopathie. C'est donc un guide pour le praticien appelé à interpréter une épreuve radiographique donnée.

M. Bordet a pris ses épreuves dans les deux positions principales et les a reproduites dans leur grandeur réelle afin d'en faciliter la comparaison avec les clichés ordinaires.

Troubles locomoteurs consécutifs aux plaies de guerre, par A. Broca, collection Horizon. (Masson et Cie éditeurs).

Traitement rationnel de la phtisie, par le Dr Ch. Sabourin. (5e édition. Masson et Cie éditeurs).


CHOLÉÏNE

DON

—

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du Concours médical, de M. le docteur GODÉCHOUX de Tours, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES ET OFFRES

—

N° 105. — Docteur ayant des loisirs pourrait aider confrère. Ferait consultation. Spécialiste maladies de la nutrition.

N° 106. — Centre de Paris. Bonne clientèle à céder de suite. On peut reprendre belle installation.

N° 107. — Remplaçant au courant du traitement tuberculose, est demandé pour assurer le service d'un sanatorium de 15 lits et clientèle locale. 300 fr. par mois, logement, nourriture 50 % sur clientèle civile.

N° 108. — A vendre *Nouvelle pratique médico-chirurgicale* avec son supplément, 9 volumes. Dr Molumar, Songeons (Oise).

N° 109. — Médecin 15 ans pratique, cherche dans région du sud-est ou centre, poste dans ville ou campagne, près ville ayant collège.

N° 110. — A vendre un squelette monté en parfait état.

(Suite page XXI).

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Contre la tuberculose

Les malades nous ont imposé la *saccharose*, avant que les maîtres en phtisiothérapie n'aient prononcé le « *digna est intrare* »... Il y a quelques quinze ans, n'en fut-il pas de même pour le 606 ?

Plus impérieusement encore que le syphilitique, le tuberculeux se rattache à tous les remèdes, à « toutes les recettes ».

Le médecin lui-même, las de médications décevantes, se prend à se dire : « Si, enfin ! c'était celle-là ?... »

Et nous essayâmes la saccharose !... Pendant 7 jours, injection intramusculaire d'une ampoule de 5 cmc. contenant 2 gr. 50 cgr. de saccharose.

Interruption de 3 jours et ainsi 4 à 5 séries.

Sur les deux tiers des malades, nous avons relaté :

1° L'injection, bien tolérée, ne provoque ni nodule, ni douleur.

2° La toux cède dès la deuxième série et l'expectoration est moins abondante.

3° La température (dans 20 % des cas examinés) baissa d'un degré.

4° La déminéralisation, très marquée chez plusieurs de ces malades, fit place au taux normal, vers le 30e jour.

5° La tension artérielle, mesurée au Pachon, accuse un retour vers la normale, surtout en ce qui concerne Mx.

6° La réaction de Moritz-Weiss *reste positive.*

Cette dernière constatation semble prouver que l'état causal n'est pas influencé.

Dans l'état général des publications faites à ce sujet, il ne ressort point que nous soyons en face d'une médication spécifique.

La saccharose nous ayant paru agir *surtout sur les sécrétions bronchiques*, il y aurait peut-être avantage à l'ordonner dans les séquelles pulmonaires de la grippe espagnole.

Dr R. MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

Les permissions de détente sont un droit.

Je viens solliciter de votre bienveillance un renseignement au sujet de mon mari, le Docteur L..., abonné depuis longtemps au *Concours médical*. Voici ce dont il s'agit :

Le Dr L...., après avoir passé 18 mois sur le front français, a été envoyé en Orient en 1916 et a rejoint là-bas l'armée Serbe qu'il n'a pas quittée depuis : il a donc 21 mois d'Orient. Il attend sa permission depuis l'expiration de ses 18 mois et ne voit rien venir. Il a vu partir pour la France *tous* ses camarades partis en même temps que lui et qui, plus heureux, ont reçu leur permission il y a déjà deux mois.

Pourriez-vous me dire à quoi l'on doit attribuer cette différence fâcheuse de traitement entre les officiers de troupe et les médecins ? Il semble pourtant que 21 mois d'Orient et 2 étés passés là-bas seraient des raisons suffisantes pour un rapatriement.

Y aurait-il une démarche à tenter pour remédier à cet état de choses, et à qui faudrait-il s'adresser ?

Excusez-moi de vous ennuyer ainsi, mais vous m'avez si aimablement répondu l'année dernière au sujet de la relève des médecins que j'ai encore songé à m'adresser à vous dans la circonstance actuelle.

Mme A. L.

Réponse.

Aux termes du § 10 de l'Instruction ministérielle no 23,499 K du 5 septembre 1917 : « les militaires de l'armée d'Orient obtiendront « à destination de la France et des autres « pays une permission de 30 jours par an. »

Les permissions de détente sont des allocations réglementaires dont les bénéficiaires ne peuvent être dépossédés que dans des circonstances très exceptionnelles.

Votre mari doit donc, en se basant sur la réglementation rappelée ci-dessus, demander sa permission à son chef de service ou d'unité et insister jusqu'à ce qu'il l'ait obtenue ou qu'on lui ait fait connaître les raisons pour lesquelles on la lui refuse ou on diffère de la lui accorder. Si ces raisons ne paraissent pas valables, il y aura lieu de réclamer au besoin au Ministre.

Les visites des officiers mis hors cadre.

« Médecin aide-major de complément, évacué du front pour maladie contractée au service, 20 mois hospitalisé, ensuite, mis hors cadre en septembre 1917 ; maintenu hors cadre en juillet 1918 : a-t-il encore de nouvelles visites à subir ? »

Réponse.

La mise hors cadre pour raison de santé ne peut excéder trois mois.

Une circulaire ministérielle du 20 août vient

de décider que les officiers de complément, dans ce cas, subiront, comme les officiers de l'active, une visite trimestrielle.

La mise hors cadre de la classe 1889.

Je viens de lire votre correspondance du *Concours médical* du 15 septembre 1918 et je n'y ai rien vu en ce qui concerne les médecins de complément de la classe 89.

Or, dans l'*Officiel* du 27 août, a paru une réponse du Ministre de la guerre à une demande de député (M. Bouilloux-Lafont je crois), disant qu'il était disposé à accueillir favorablement la demande de *mise hors cadre* des médecins de la classe 1889 à l'intérieur.

Vous retrouverez le texte exact dans le numéro de l'*Officiel* du 27 août 1918, et je pense que cela intéresserait tous nos collègues qui, comme moi, appartiennent à la classe 89.

Dr M.

Réponse.

Voici les termes précis de la réponse ministérielle :

« Le Ministre de la guerre est disposé à « accueillir favorablement, *dans la mesure où* « *le service le permettra*, les demandes de mise « hors cadre qui lui seront adressées par les « *officiers* de complément de la classe 1889, « dans les mêmes conditions que celles des « officiers appartenant aux classes 88 et plus « anciennes. »

Ils diffèrent sensiblement de votre version : d'abord il est question ici des *officiers* en général, et non des médecins en particulier. Vous n'ignorez pas que ceux-ci sont régis par un statut un peu spécial. Ensuite, la phrase restrictive, redoutée par nous, parce qu'incomplète à notre goût, s'y trouve en bonne place — dans la mesure où le service le permettra. — Enfin, le début lui-même indique qu'il s'agit là d'une *faveur*, d'une grande faveur et non d'un droit : *Le Ministre est disposé à accueillir favorablement...*

Que les confrères de la classe 1889 ne s'emballent donc pas trop vite, et ne se leurrent pas de trop grandes illusions. Qu'ils fassent leurs demandes dans les formes régulières. Qu'ils se réjouissent si elles sont *accueillies favorablement*, mais ne s'étonnent pas trop, par contre, si les *nécessités du service* s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

Le 2e échelon de solde après 4 ans de services effectifs.

J'ai dû très mal m'expliquer dans mes dernières lettres, car vous me donnez un renseignement erroné.

Je suis aide-major de 1re classe depuis 15 ans, par conséquent j'avais ce grade au moment de la mobilisation, et le 2 août 1918, j'ai eu 4 ans de services effectifs.

Je suis en congé illimité AVEC SOLDE ENTIÈRE, car je suis proposé pour réforme avec pension (*et non sans solde* comme vous me l'aviez écrit).

Touchant ma solde, je suis donc en activité, par conséquent je devrais avoir droit à l'augmentation. Vous seriez bien aimable de me répondre par retour du courrier.

Dr B.

Réponse.

Le cas est en effet différent. Il est réglé par les articles 236 et 239 de l'Instruction ministérielle du 5 septembre 1917, qui maintient en activité, en les plaçant dans la position de congé illimité avec solde, les médecins atteints d'infirmités contractées en service, celles résultant de maladies contagieuses comprises.

Vous avez donc droit, depuis le 2 août 1918, au 2e échelon de solde de votre grade d'aide-major de 1re cl., soit 406 fr. 50 par mois.

A ce propos, il y a une erreur dans la note publiée, à ce sujet, par le *Concours* du 1er août 1918.

Il faut lire : médecin aide-major de 1re CLASSE et non de 2e classe.

Affectations des médecins, pères de sept enfants

Le médecin-chef de la Place de ... me communique la note suivante de la Direction du Service de Santé de la Région :

« En exécution de la note 423 C/I de M. le « Général commandant la Région, je vous prie » de me faire parvenir pour le 15 octobre 1918, « l'état nominatif des officiers du Service de « Santé, libérés d'obligations militaires, qui *ne « demandent pas à être maintenus* dans les cadres. »

Mon cas est le suivant : Je suis aide-major de 1re classe, de la classe 1901, mais j'ai sept enfants dont l'aîné a 9 ans et demi.

1° Suis-je libéré d'obligations militaires, et dans quel numéro de l'*Officiel* en trouverai-je la décision ?

2° Et si je ne suis pas libéré *ipso facto*, n'y a-t-il pas un décret ou une circulaire me permettant de demander et d'obtenir ma démobilisa-

tion, ou ma mise en sursis, ou ma mise en congé sans solde ?

Veuillez donc être assez aimable pour me documenter par lettre pour que je puisse prendre la décision voulue avant la date limite du 15 octobre.

Dr F.

Réponse.

1° Non.

2° Non. Il faudrait que vos 7 enfants vivants vous ramènent au moins à la classe 1888 (ou peut-être aujourd'hui 1889 !). Or, tel n'est pas votre cas.

Vous êtes par contre fondé à demander le bénéfice du § de la C. M. 564 Ci/7 du 30 juillet 1917, qui autorise les pères de 7 enfants à être affectés à leur résidence du temps de paix, quelle que soit leur classe de mobilisation à condition toutefois qu'il existe dans cette résidence, un emploi vacant de votre grade.

Les indemnités des officiers en permission.

I

J'ai pu lire, il y a quelque temps, dans un grand quotidien, que les officiers des armées, au cours de leurs permissions régulières de détente, se verraient maintenues toutes les indemnités qui leur sont ordinairement versées, et qui leur étaient supprimées pendant ces congés.

Mais était-il question d'une proposition faite dans ce sens ou d'une chose résolue et votée ? c'est ce que je ne puis me rappeler.

Très isolé dans une formation perdue en un trou de campagne, je n ai pu jusqu'ici avoir le renseignement. Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me le fournir.

Votre petite correspondance du *Concours* vous paraîtra sans doute très indiquée pour la réponse. Nombre de confrères en effet s'intéresseront comme moi à cette question.

Dr G.

II

Permettez-moi de vous poser une question.

Je crois me rappeler avoir lu dans un numéro du *Concours* que les allocations et prestations du front n'étaient pas retirées aux officiers se rendant en permission de détente. D'après mon officier gestionnaire, cette mesure ne s'étendrait qu'à l'indemnité de cherté de vie de 2 fr.

Or, je ne vois pas que le fait d'aller en permission de détente (permission qui est un droit), nous procure les moyens de vivre à moins de frais. Le contraire serait aisé à prouver.

Mais le point important est que vous ayez

l'amabilité de nous renseigner : la question est-elle tranchée ou non ?

Dr B.

Réponse.

Un décret qui était en préparation fin août dernier, et qui a sans doute paru depuis, accorde aux officiers, au cours de leurs permissions de détente, la seule *indemnité journalière spéciale* de deux francs, avec rappel au 1er juillet 1918.

Les allocations et prestations diverses pour vivres ne sont pas allouées.

Le *Concours* avait en mai publié à ce sujet une information erronée, basée sur une indication du *Journal Officiel*. Il s'en excuse auprès de ses lecteurs et est heureux de leur apporter aujourd'hui des précisions, moins larges, mais réalisées.

Les médecins mobilisés à l'intérieur changent-ils d'affectation tous les six mois ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer la date et, si possible, le texte du décret déjà ancien limitant à six mois le séjour des médecins mobilisés dans une même ville de la zone de l'intérieur. Dans le cas où ce décret serait paru au *Concours médical*, je vous saurais gré de bien vouloir m'envoyer le numéro du Journal.

J'espère que vous voudrez bien pardonner le dérangement qu'il vous cause, au fils d'un de vos vieux abonnés décédé il y a 3 ans.

Dr F.

Réponse.

Il n'existe à notre connaissance, et nous le regrettons, aucun texte officiel établissant la relève automatique au bout de six mois des médecins mobilisés mis, par l'autorité militaire, à la disposition des populations civiles.

Nous aurions désiré que cette mesure fût prise par l'autorité militaire pour sauvegarder les légitimes intérêts des confrères qui ont dû abandonner, par force majeure, leurs clientèles, intérêts parfois mis en péril par des médecins militaires affectés au service de ces clientèles et qui, les trouvant à leur goût, pensent se les accaparer. Nous n'avons pu obtenir satisfaction.

Congés de convalescence.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Un médecin aide-major de 1re classe mobilisé depuis 4 ans aux armées et actuellement en Italie, et venant de supporter une grave maladie et étant par la suite complètement affaibli, a-t-il le droit de demander quelque temps de repos pour se remettre dans sa famille ? Peut-il demander quelques mois de congé sans solde ?

B.

Réponse.

Oui, sous la forme d'un congé de convalescence qui peut être au maximum de trois mois, et qui lui sera délivré, sur une proposition faite par le médecin-chef de la formation dans laquelle il se sera fait hospitaliser au préalable.

En outre, si l'affection dont il est atteint est imputable aux opérations militaires ou contractée en service, il aura droit à la solde de présence pendant la durée de ce congé.

Réserve et Territoriale

J'appartiens à la classe 1899, j'ai été nommé aide-major de 2e cl. à *titre temporaire* dans l'armée *territoriale* ;

Puis à *titre définitif*, dans ce grade, mais dans la *réserve*. Enfin, nommé aide-major de 1re classe, à titre définitif, dans la *réserve*.

Pourquoi, sans demande de ma part, m'a-t-on fait passer de la territoriale dans la réserve ?

J'ai demandé, par la voie hiérarchique 2 rectifications ; je n'ai pas obtenu de réponse. Il faudrait peut-être que je sois de l'active pour y avoir droit.

Quel conseil me donnerez-vous ? Dr B.

Réponse

Les officiers de complément suivent le sort de leur classe de mobilisation pour passer de la réserve dans la territoriale, à moins qu'ils ne fassent une demande expresse pour rester dans la réserve, ce qui motive alors une décision de la part de l'autorité militaire.

Puisque deux réclamations par la voie hiérarchique sont demeurées sans réponse, passez-vous de cette procédure et adressez-vous directement au ministre qui vient, par une circulaire récente, de rappeler que *tout militaire a le droit formel d'appeler l'attention de ses supérieurs sur son cas et d'en obtenir une réponse.*

Les médecins de la classe 1889.

Auriez-vous l'amabilité de me dire s'il y a du nouveau pour les confrères de la classe 1889 ; seront-ils assimilés à 88, 87 ? Dr M.

Réponse

Nous ne connaissons pas de décisions récentes accordant aux médecins de la classe 1889 le bénéfice des avantages dont jouissent ceux des classes 1888 et plus anciennes.

La classe 1889 n'ayant été dégagée de ses obligations militaires qu'en octobre dernier, nous attendons la mesure prescrivant que les médecins de cette classe seront autorisés à demander leur mise en congé sans solde.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Eugène FORFER, de Vitry-le-François, à l'âge de 66 ans.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Victime d'un fou.

Nous empruntons à un journal local de l'Aube la triste nouvelle suivante :

Nous apprenons avec douleur la mort tragique de M. le docteur Allanche, médecin-major détaché à la population civile du canton de Ramerupt et résidant à Lhuître.

C'est dans la nuit du 22 au 23 octobre que, se rendant en voiture auprès de deux blessés tombés sous les coups d'un militaire, pris sans doute d'un accès de folie, M. le docteur Allanche fut lui-même victime de ce misérable qui tira plusieurs coups de feu dans sa direction. Atteint de deux balles, il ne tarda pas à expirer.

La population de Ramerupt tout entière, consternée en apprenant cette triste nouvelle, et se souvenant des bons soins que pendant plus d'un an lui prodigua M. le docteur Allanche, offre à son épouse éplorée ses bien vives condoléances.

Le Dr Allanche exerçait avant la guerre à Aumont (Lozère). Il meurt victime du devoir professionnel, et son nom doit être inscrit au Livre d'or, car lui est aussi tombé au champ d'honneur de la profession médicale.



L'ANTISEPTIQUE URINAIRE IDÉAL



Le SEUL qui réunisse les avantages suivants :

1° SOLUBILITÉ DE L'UROTROPINE (syn. Hexametylène tetramine) grâce à sa combinaison avec les acides oléique et citrique, d'une innocuité absolue.

2° ACTION BALSAMIQUE du santalol, sans troubles digestifs ni maux de reins, comme en provoquent les essences de santal du commerce qui contiennent toujours des matières résineuses.

3° ENROBAGE AU GLUTEN permettant au médicament de traverser l'estomac sans troubler la digestion, ni être décomposé par elle, et assurant sa dissolution graduelle dans l'intestin grêle *(ce qu'on ne peut obtenir avec les formes liquide ou granulée).*

4° TOLÉRANCE PARFAITE quel que soit le nombre des capsules absorbées

Échantillon sur demande : A. LÉGER, Phcien, 10, Rue Saint-Antoine, PARIS (4e)

TÉLÉPHONE 114

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

EXTRAIT Gstrique **MONCOUR** Hypopepsie *En sphérulines dosées à 0 gr. 125* De 4 à 16 sphérulines par jour.	EXTRAIT Hépatique **MONCOUR** Maladies du Foie Diabète par anhepathie *En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.* *En suppositoires dosés à 3 gr.* De 4 à 16 sphérulines par jour. De 1 à 4 suppositoires par jour.	EXTRAIT Pancréatique **MONCOUR** Diabète par hyperhépathie *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* *En suppositoires dosés à 1 gr.* De 2 à 10 sphérulines par jour. De 1 à 2 suppositoires par jour	EXTRAIT Entéro-Pancréatique **MONCOUR** Affections Intestinales Troubles dyspeptiques *En sphérulines dosées à 25 c/gr.* De 1 à 4 sphérulines par jour.	EXTRAIT Intestinal **MONCOUR** Constipation Entérite muco-membraneuse *En sphérulines dosées à 30 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT de Bile **MONCOUR** Coliques hépatiques Lithiase Ictère par rétention *En sphérulines dosées à 10 c/gr.* De 2 à 6 sphérulines par jour.	EXTRAIT Rénal **MONCOUR** Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie *En sphérulines dosées à 15 c/gr.* De 2 à 16 sphérulines par jour.	CORPS Thyroïde **MONCOUR** Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes *En bonbons dosés à 5 c/gr* *En sphérulines dosées à 35 c/gr.* De 1 à 4 bonbons p. j. De 1 à 6 sphérulines p. j.	POUDRE Ovarienne **MONCOUR** Aménorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine *En sphérulines dosées à 20 c/gr.* De 1 à 3 sphérulines par jour.	AUTRES Préparations **MONCOUR** Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

La grippe et les médecins de complément.

« Il n'est jamais trop tard pour en parler encore ! »

L'épidémie de grippe, qui sévit actuellement sur toute la France, a mis de nouveau en évidence, et d'attristante façon, la pénurie, la disette extrême des médecins non mobilisés, appelés à apporter le secours médical aux populations cruellement éprouvées.

Là-dessus, l'autorité s'est émue, tardivement comme toujours. Elle a eu recours au procédé national, bien connu sous le nom de *Système D.*, et elle a prescrit que les médecins mobilisés seraient mis à la disposition des malades civils, à l'appel desquels ils devraient répondre sans se faire prier. Elle a proclamé que c'est un devoir impérieux, dans les circonstances actuelles, pour les médecins militaires, d'apporter leur collaboration la plus étroite à leurs confrères civils.

Et elle ajoute, *in fine — in cauda venenum* ! — ET DE LA FAÇON LA PLUS DÉSINTÉRESSÉE.

Ce qui veut dire, en langage trivial, mais expressif, que les soins ainsi donnés le seront *à l'œil*.

Eh bien ! C'est contre quoi nous protestons énergiquement.

Nous avons, il y a deux ans, soutenu que le médecin militaire ne devait, en aucun cas, demander ni recevoir d'honoraires des malades civils qu'il était appelé à soigner.

Le temps a marché, et avec lui, nos idées se sont radicalement transformées sous la pression des évènements. Il n'y a, dit-on, que l'imbécile qui n'évolue pas. Nous serions désolés que le royaume des cieux nous fût ouvert à cause de l'indigence de notre esprit.

Quels sont donc les arguments que nous apportons maintenant à défendre la thèse du droit, pour le médecin mobilisé, de se faire honorer par la clientèle civile qui s'adresse à lui !

Nous disons *du droit*, tout à l'heure nous ajouterons *du devoir*.

Nous poserons toutefois en principe que là où les médecins civils sont assez nombreux pour satisfaire aux besoins de leur clientèle, le médecin mobilisé ne doit jamais voir leurs malades, sauf en cas d'urgence, ou s'il est appelé en consultation, ou comme opérateur, par ses confrères.

Nous ne risquons rien à poser ce principe. L'expérience a démontré que les 3000 médecins français non mobilisés sont, sur tous les points du territoire, à la ville comme à la campagne. en nombre insuffisant pour répondre à tous les appels.

Conséquence : Il est inévitable, il est indispensable que le médecin mobilisé visite et soigne couramment les malades civils. Même à son corps défendant, il ne peut faire autrement.

Ceci dit, il est de notoriété publique que les Maîtres, les officiels, tous plus polygalonnés les uns que les autres, font ce que nous appelons, dans notre terminologie professionnelle, de la clientèle payante. Nul ne l'ignore. Eux-mêmes ne s'en défendent pas. Nous citerons des noms quand on voudra. Et certains exemples tragiques, où il y a eu de regrettables morts d'homme, démontrent que les grands cabinets de consultation demeurent, au vu et au su de tout le monde, ouverts au client... au client qui paie.

Donc, ce qui est permis — ou toléré, ce qui revient au même, — aux uns doit l'être aux autres. Plus encore à ceux-ci, qui sont le menu frétin, pauvres en galons, à maigre solde, à ressources restreintes, mais à charges souvent terribles, qu'à ceux-là, élite recherchée et grassement rémunérée. *Premier argument de fait.*

Le commerçant mobilisé, l'industriel mobilisé, dont l'entreprise continue à vivre et à prospérer, n'en bénéficient pas moins des revenus qu'elle leur apporte.

Le pharmacien mobilisé dont l'officine, plus ou moins bien gérée par sa femme ou par un élève continue à fonctionner, n'en profite pas moins des gains, d'ailleurs légitimes, ainsi réalisés.

Bien mieux, l'avocat mobilisé, appelé à défendre un accusé devant un Conseil de Guerre, est autorisé, par l'autorité militaire, (Déclaration ministérielle au *Journal Officiel*) à réclamer des honoraires à son client.

Pourquoi le médecin mobilisé est-il soumis à un régime si différent !

Raisonnons : L'Etat mobilise le médecin pour soigner qui ? Pour soigner des militaires.

C'est exclusivement pour cette besogne qu'il le retient et qu'il le paie.

Nous ne parlons pas des médecins mobilisés mis, par ordre, à la disposition exclusive des populations civiles dans les régions complètement dépourvues. Nous nous sommes toujours élevés contre ce système bâtard. Et nous avons toujours préconisé la mise en congé sans solde, pour une plus ou moins longue durée, de ces médecins, autorisés à tirer, de l'exercice de leur art, tous les bénéfices qu'il doit régulièrement leur apporter à leurs risques et périls.

Donc, le médecin militaire est fait pour les militaires : c'est un truisme que La Palisse lui-même n'aurait pas renié.

Il est fait pour les militaires, et payé pour cela, et rien que pour cela.

Si, les militaires soignés, il lui reste des loisirs, et qu'il les occupe à soigner des civils, et si, *à fortiori*, il agit ainsi par ordre, c'est du travail supplémentaire qui n'est pas prévu dans le contrat qui le lie à l'Etat, qui n'est pas payé par l'Etat, et qui, en vertu de l'adage qui veut que toute peine mérite salaire, demande à être rémunéré. Il n'y a pas d'entreprise où les employés qui font des heures supplémentaires n'en soient pas payés. Les soins aux malades civils, ce sont les heures supplémentaires du médecin, prises sur ses repas, sur son repos, sur son sommeil. Il est légitime qu'il y trouve son compte, tout comme l'avocat qui plaide en Conseil de guerre, et qu'il en soit rémunéré. *Deuxième argument de droit général.*

Enfin, si les soins du médecin mobilisé sont gratuits, il est possible qu'une grande partie des malades s'adresse à lui, de préférence au médecin civil auprès duquel il exerce, pour faire l'économie des honoraires médicaux. D'où concurrence faite à celui-ci, préjudice causé. Pour que la balance reste en équilibre entre l'un et l'autre, pour que les règles de la déontologie soient respectées, le médecin mobilisé n'a donc pas seulement le droit, il a encore le devoir de se faire honorer. *Troisième argument de déontologie.*

Mais d'ailleurs, les malades trouvent la chose tellement naturelle, pour un assez grand nombre, qu'ils sont les premiers à demander au médecin ce qu'ils lui doivent, et à s'étonner s'il refuse d'accepter leur offre.

Et combien, en présence d'un refus irréductible, confus d'avoir « fait travailler le praticien pour rien », ne tournent pas la difficulté en se libérant du service rendu par un don en nature ?

Enfin, si le médecin mobilisé qui, par ordre, soigne des civils, commet une imprudence, un oubli, une négligence, parfaitement excusables par ces temps de surmenage, et qu'il lui en soit demandé compte devant les tribunaux, est-ce l'Etat qui paiera pour lui les dommages-intérêts auxquels il pourrait être condamné ?

Pour toutes ces raisons, valables en thèse générale, et plus impérieuses encore dans les circonstances actuelles, nous sommes d'avis que le médecin mobilisé doit être autorisé à recevoir des honoraires des malades civils qui l'appellent, en se conformant naturellement aux règles déontologiques généralement admises et aux tarifs régionaux de leur résidence.

Et nous répétons de nouveau que s'il répugne à l'autorité d'affecter exclusivement aux populations civiles un médecin mobilisé qui recevrait, d'une part, une solde militaire, et d'autre part, des honoraires civils, la difficulté sera tranchée par la mise conditionnelle en congé limité sans solde, du médecin ainsi détourné de la besogne militaire pour laquelle il devait être par définition et dans le principe, retenu.

DOCUMENTS OFFICIELS

Les études des étudiants mobilisés

Voici l'instruction ministérielle à laquelle se réfère la circulaire du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé du 25 mai 1918 publiée dans le Concours Médical *du 1er juillet* 1918.

Instruction du 26 mars 1918 sur la scolarité des étudiants sous les drapeaux des classes antérieures à la classe 1918.

(Ministère de l'Instruction publique)

Les étudiants des classes antérieures à la classe 1918, déjà inscrits dans les Facultés et actuellement sous les drapeaux, sont autorisés à prendre des inscriptions et à poursuivre leur scolarité à partir du 1er avril 1918, dans la mesure où le leur permettront leurs obligations militaires.

Ces étudiants prendront des inscriptions et poursuivront leur scolarité dans les conditions réglementaires, sauf les modifications suivantes :

A. — *Classes* 1912, 1913, 1914. — Les étudiants de ces classes sont autorisés à prendre, dès maintenant, les deux premières inscriptions de l'année scolaire au début de laquelle leur scolarité a été interrompue, ou la deuxième

inscription si leur scolarité n'a été interrompue qu'après la première inscription, de manière à pouvoir prendre régulièrement la troisième inscription et à se présenter aux examens, s'il leur est possible, à la fin de la présente année scolaire ou à une des sessions ordinaires ou extraordinaires suivantes.

B. — *Classe* 1915. — Les étudiants de cette classe qui ont déjà une inscription pour l'année scolaire 1914-1915 pourront prendre la seconde. Pour eux et pour ceux qui ont déjà deux inscriptions de cette même année scolaire, la seconde inscription sera considérée comme validée, de telle sorte qu'ils puissent poursuivre leurs études.

C. — *Classe* 1916. — Les étudiants de cette classe qui ont une inscription de l'année scolaire 1914-1915 pourront prendre la seconde. Cette seconde inscription sera considérée comme validée ; il en sera de même pour tous ceux qui ont pu prendre pour cette même année scolaire une seconde inscription sans la valider avant leur incorporation. Quant à ceux qui sont déjà titulaires de trois inscriptions, ils pourront terminer l'année scolaire commencée dans les conditions, que permettront leurs obligations militaires.

D. — *Classe* 1917. — Les étudiants de cette classe pourront poursuivre leur scolarité en prenant, au premier janvier 1919, la seconde inscription de l'année scolaire 1915-1916. Ceux qui ont déjà trois inscriptions pourront passer leurs examens en avril 1919.

Les étudiants engagés volontaires bénéficieront des mêmes conditions que les étudiants de la classe incorporée de l'année scolaire où ils ont contracté leur engagement.

Les étudiants incorporés postérieurement à l'appel de leur classe feront l'objet de décisions ministérielles spéciales en raison de la date de leur incorporation et de leur situation scolaire.

Les étudiants pourvus de quatre inscriptions pourront se présenter à la plus prochaine session ordinaire ou extraordinaire.

Les étudiants ajournés à une session ordinaire pourront se présenter à une session extraordinaire suivante ; ceux qui seront ajournés à une session extraordinaire pourront se présenter à la session ordinaire suivante.

Les étudiants qui ne sont pas dans la zone des armées passeront leurs examens dans les sessions ordinaires ou dans des sessions extraordinaires ouvertes au commencement de janvier, d'avril et d'octobre. Pour ces étudiants il n'est rien changé à la disposition des examens de médecine, ancien régime. Les étudiants de la zone des armées auront le droit, du 1er décembre au 1er juillet, de solliciter un examen individuel, hors session, selon leurs permissions militaires. Si leur permission coïncide avec une session ordinaire ou extraordinaire, ils seront autorisés à se présenter immédiatement.

Les étudiants retenus loin du siège d'une faculté ou école sont autorisés, soit à prendre des inscriptions cumulatives en bénéficiant d'une extension à leur cas du décret du 8 juillet 1914, et dans les conditions de ce décret, — soit à faire prendre des inscriptions ordinaires par personne qualifiée, munie, en plus des pièces exigées par les règlements, d'une procuration de l'étudiant et d'un certificat du chef de corps attestant que l'étudiant est bien sous les drapeaux et hors d'état de se présenter lui-même au secrétariat. Cette mesure est tout à fait exceptionnelle et uniquement limitée au temps de guerre et aux étudiants visés plus haut.

Des dispositions spéciales doivent être prises en faveur des étudiants en sciences, en médecine et en pharmacie, en raison des travaux pratiques et stages qu'ils doivent effectuer.

Les étudiants de P. C. N. des classes 1914, 1915, 1916 et 1917, pourvus antérieurement ou en vertu de la présente instruction de trois inscriptions pourrront se faire délivrer, après examen de leur dossier par la Faculté, un certificat provisoire et prendre une première inscription de médecine qui leur permettra ultérieurement de prendre la deuxième inscription. Pour prendre, par la suite, une troisième inscription de médecine, ils devront avoir accompli une série de travaux pratiques de P. C. N., réduite d'ailleurs au minimum nécessaire, soit pendant qu'ils auront suivi, dans un centre universitaire, les cours de préparation au grade de médecin auxiliaire, *soit pendant un stage de trois mois prévu à Paris ou à Lyon pour les étudiants en médecine présents aux armées*, soit aussitôt qu'il leur sera possible par suite de congé, de réforme temporaire et définitive ou de libération générale. Les étudiants des mêmes classes qui ont quatre inscriptions pourront, après examen de leur dossier par la Faculté, recevoir le certificat de P. C. N. et poursuivre leurs études dans les conditions établies par la présente instruction.

Les étudiants en médecine, en sciences ou en pharmacie qui pourront bénéficier de la présente instruction ne seront pas dispensés de stages et de travaux pratiques. Les inscriptions et les examens de ces étudiants n'auront qu'un caractère provisoire. Dès qu'il sera possible, et jusqu'à la fin de la guerre, avec le consentement de l'autorité militaire, sous une forme abrégée et plus intensive, ces stages et travaux seront organisés dans les Facultés ou écoles de telle façon qu'une période continue d'au moins trois mois corresponde aux exercices prévus pour une année. Les certificats d'examens et diplômes ne

pourront être délivrés qu'après ce complément nécessaire des études et après décision de la Faculté.

Les étudiants des classes antérieures à 1918 pourront opter entre la reprise immédiate de leurs études, conformément aux règlements antérieurs et aux présentes instructions, ou le bénéfice complet des mesures réparatrices qui pourront être prises après leur libération.

A la fin de la guerre, les étudiants qui auront repris leur scolarité en vertu des présentes instructions n'en bénéficieront pas moins des mesures réparatrices, en tant qu'elles pourront s'appliquer à leur situation scolaire au moment où ces mesures seront prises.

La nouvelle procédure de la radiation des cadres.

Plusieurs de nos correspondants nous ayant posé des questions à ce sujet, nous publions cidessous le décret du 12 octobre, ainsi que le texte des articles de l'ordonnance de 1831 auxquels il se réfère et la C. M. du 20 août 1918.

Décret du 12 octobre 1918.

Art. 1er. — L'article 5 du décret du 31 août 1878 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 5. — La radiation des cadres des officiers de réserve ou des officiers de l'armée territoriale peut encore être prononcée par un décret rendu sur le rapport du ministre de la guerre :

(A) Après un examen médical, auquel il est procédé dans les formes prévues par les articles 10, 13, 17 et 26 de l'ordonnance du 2 juillet 1831 sur les pensions de l'armée de terre.

1° Pour tout officier reconnu atteint d'infirmités incurables ;

2° Pour tout officier placé hors cadres pour raison de santé depuis trois ans.

B) Après avis d'un conseil d'enquête, pour tout officier signalé par son chef de corps ou de service reconnu inapte à remplir les fonctions de son grade.

Article 2. — Les officiers de réserve et ceux de l'armée territoriale, rayés des cadres pour raisons de santé depuis le premier jour de la mobilisation, et qui appartiennent à une classe encore assujettie au service militaire par les lois encore en viguenr sur le recrutement, seront soumis, dans les trois mois de la publication du présent décret, à l'examen médical prévu par l'article premier.

La disposition qui précède n'est pas applicable aux officiers de complément dont la radiation a été, en fait, prononcée dans les formes fixées par les articles susmentionnés de l'ordonnance du 2 juillet 1831.

Article 3. — Ceux de ces officiers qui, à la suite de l'examen médical prescrit par le paragraphe 1er de l'article précédent, auront été reconnus aptes à servir, seront réintégrés, avec leur grade, dans les cadres de leur arme ou service, par décret rendu sur le rapport du ministre de la guerre.

Ordonnance du 2 juillet 1831.

Art. 10. — Les officiers de santé désignés en vertu de l'article précédent procéderont à l'examen des blessures ou infirmités en présence du conseil d'administration et du sous-intendant militaire qui donnera en séance lecture du titre II de la loi du 11 avril 1831.

Il sera dressé de cette opération un procès-verbal conforme au modèle ci-joint n° 1.

Art. 13. — L'inspecteur général, après avoir pris connaissance des pièces visées conformément à l'article 9 et au procès-verbal énoncé dans l'article 10, fera procéder en sa présence, par deux autres officiers de santé qu'il aura choisis parmi ceux qualifiés dans l'article 9, à une vérification des causes qui motivent la demande.

Le sous-intendant militaire assistera à cette vérification, avant laquelle il fera en séance lecture du titre II de la loi, et, quel que soit le résultat de l'opération, il en dressera procès-verbal conformément au modèle ci-joint, n° 2.

Art. 17. — Les militaires en activité qui ne font pas partie de corps de troupe ou d'établissements régis par un conseil d'administration se pourvoiront, en observant les degrés de la hiérarchie, auprès du lieutenant général commandant la division dans le ressort de laquelle ils sont employés.

La demande sera faite et appuyée conformément aux articles 3, 4, 5, 6 et 7 de la présente ordonnance.

Elle sera renvoyée à un officier général ou supérieur, qui sera chargé d'en suivre l'instruction comme il est prescrit relativement aux conseils d'administration des corps.

Lorsque la demande aura été instruite par un maréchal de camp, le lieutenant général exercera luimême les attributions de l'inspecteur général.

L'article 12 ci-dessus, concernant les cas d'urgence, s'appliquera de droit aux demandes spécifiées dans le présent article.

Art. 26. — Avant de liquider les pensions de retraite pour blessures ou infirmités, notre ministre secrétaire d'Etat de la guerre fera communiquer au conseil d'Etat des armées, pour avoir son avis, les procès-verbaux et autres pièces constatant les causes, la nature et les suites desdites blessures ou infirmités.

Il en sera de même pour les justifications produites, dans les cas prévus par les articles 21, 24 et 25 de la présente ordonnance, par les veuves et orphelins de militaires.

C. M. n° 8922 K du 20 août 1918.

Les officiers de l'armée active, en non activité pour infirmités temporaires qui sont proposé pour le maintien dans cette situation ou le rappel à l'activité, et les officiers de complément proposés pour la mise hors cadres, le maintien dans cette situation, la radiation des cadres pour raisons de santé, ou le remplacement dans les cadres, ont été jusqu'à ce jour l'objet de visites médicales passées seulement par deux médecins.

En vue d'assurer, à l'avenir, plus de garanties à ces visites, tant dans l'intérêt des officiers

eux-mêmes, que dans celui du service, il y aura lieu de se conformer, pour ces visites, aux prescriptions suivantes :

1° La visite (un médecin) et la contre-visite (un médecin) actuellement en usage dans les cas visés ci-dessus, seront remplacées par un examen (deux médecins) et une vérification (deux médecins) ; il sera procédé, pour l'établissement des certificats, conformément aux dispositions des articles 10, 13 et 17 de l'ordonnance du 2 juillet 1831 (B. O. E. M. volume 661.) Les dossiers seront transmis au Ministre pour décision.

2° Les officiers de complément, placés dans la situation hors cadres pour raison de santé, seront, au même titre que les officiers de l'armée active en position de non activité pour infirmités temporaires, obligatoirement astreints à une visite médicale trimestrielle. Les officiers de complément actuellement hors cadres, et qui n'ont pas subi de visite médicale depuis six mois au moins, seront immédiatement examinés.

3° Les dossiers de proposition de maintien en non activité ou de rappel en activité, de mise hors cadres, de maintien dans cette situation, ou de remplacement dans les cadres seront, avant décision, communiqués pour avis technique au Comité consultatif de santé (1) déjà réglementairement consulté dans les cas de radiation des cadres des officiers de complément, de mise en non-activité ou en réforme des officiers de l'armée active pour raisons de santé.

Les dispositions de la présente circulaire ne s'appliquent pas aux officiers placés hors cadres par application de l'article 7 de la loi du 10 août 1917, fixant les affectations aux unités combattantes des mobilisés officiers, sous-officiers et soldats appartenant à l'armée active et à la réserve de l'armée active.

C. M. n° 40464 du 10 novembre 1918.

Comme suite à l'instruction n° 18031 A i/7 du juin 1918 relative au recrutement des médecins aides-majors de 2e classe à titre temporaire, je vous informe que, par décision Ministérielle du octobre 1918, insérée au *Journal officiel* du 29 octobre (Addendum au paragraphe 8 de l'article 7 de l'instruction 20887 1/11 du 15 septembre 1917, le nombre d'inscriptions exigées avant le premier décembre 1914 pourra être abaissé à 7 pour les internes titulaires, reçus au concours dans les villes de la Faculté et ayant exercé effectivement l'internat pendant au moins un an.

En conséquence, je vous prie de vouloir bien prendre d'urgence toutes dispositions utiles, pour que cette décision soit portée à la connaissance des intéressés.

---

(1) Actuellement remplacé par la Commission consultative médicale.

A L'OFFICIEL

Questions et réponses militaires

2132. — M. Simonet, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre s'il n'estime pas qu'il serait juste de nommer de droit, d'office et sur place, aides-majors de 2e classe les pharmaciens auxiliaires diplômés, de façon à leur donner une situation équivalente à celle des médecins auxiliaires et des dentistes diplômés. (*Question du 19 septembre* 1918).

Réponse. — Les nominations dont il s'agit ne peuvent être faites que suivant les nécessités du service. Il a été procédé récemment à de nombreuses nominations.

2133. — M. Herriot, sénateur, demande à M le ministre de la guerre si un étudiant en médecine à huit inscriptions validées, ancien régime (faculté de Lyon), infirmier du service auxiliaire, peut être nommé médecin auxiliaire, et si ce militaire, classé inapte définitif pour affection non contractée au front, peut, sur demande au ministre, être affecté à une autre région et à sa ville de faculté pour terminer ses études. (*Question du* 19 *septembre* 1918).

Réponse. — Réponse négative sur les deux points. Les étudiants en médecine du service auxiliaire ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire que s'ils possèdent au moins douze inscriptions de doctorat validées. Ils ne peuvent être affectés à des villes de facultés que s'ils ont été versés dans l'auxiliaire pour blessure ou maladie contractée au front.

J. O. 23 octobre 1918.

23790. — M. Foucher, député, demande à M. le Ministre de la guerre si les étudiants en médecine, de la classe 1919, incorporés alors qu'ils étaient en possession d'une inscription valable pour le doctorat, ne devraient pas être affectés à une section d'infirmiers, une circulaire récente prescrivant cette affectation pour les étudiants en médecine de la classe 1920, possesseurs d'une seule inscription. (*Question du* 6 *septembre* 1918.)

Réponse. — Le bénéfice de la circulaire du 19 août 1918 qui prescrit l'affectation dans les sections d'infirmiers des étudiants en médecine de la classe 1920 ayant au moins une inscription valable pour le doctorat, si leur incorporation a lieu avant l'hiver, c'est-à-dire avant l'époque où ils pourraient prendre une seconde inscription, ne saurait être étendu actuellement aux étudiants en médecine de la classe 1919 qui, au moment de leur appel sous les drapeaux, avaient pu prendre au moins deux inscriptions.

(*J. O.* du 9 octobre 1918).

Etudiants médecins auxiliaires.

22512. — M. Camille Blaisot, député, demande à M. le Ministre de la guerre : 1° si un étudiant en médecine ayant douze inscriptions, du service auxiliaire, mais apte à servir aux armées, peut être nommé médecin auxiliaire ; 2° quelle pourra être, dans ce cas, son affectation comme médecin auxiliaire, s'il pourra notamment être affecté à un bataillon ou seulement à une formation sanitaire ; 3° si un étudiant à douze inscriptions, du service auxiliaire, mais inapte à servir aux armées, peut être nommé médecin auxiliaire. (*Question du 4 juin* 1918.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; 2° l'affectation des médecins auxiliaires du service auxiliaire est prononcée suivant leur classe et selon leur aptitude restreinte ou complète (1) ; 3° réponse affirmative. (*J. O.*, 18 oct. 1918.)

L'indemnisation des médecins mobilisés, délégués pour soigner la population civile.

22313. — M. Talon, député, demande à M. le Ministre de la guerre, si un médecin-major, appelé par la mobilisation, le 3 août 1914, à une ambulance, puis affecté, du 15 août 1914 au 22 juillet 1916, par décision ministérielle, à sa résidence de temps de paix pour y assurer le service médical départemental, a droit pendant ce laps de temps à la solde afférente à son grade. (*Question du 23 mai* 1918.)

Réponse. — Aux termes d'une circulaire du 21 avril 1916, les médecins militaires, désignés sur la demande des préfets par les directeurs du Service de Santé pour assurer le service médical des populations civiles, perçoivent uniquement leur solde à l'exclusion de tous autres honoraires ou émoluments, sauf indemnisation, s'il y a lieu, sur les fonds de l'Assistance médicale gratuite, de leurs frais de déplacement.

Les autos des médecins.

24380. — M. Caffort, député, signale à M. le ministre de l'Intérieur qu'un certain nombre de médecins de campagne, remplaçant des confrères aux armées et ayant chaque jour à parcourir des distances considérables sont en ce moment immobilisés par l'impossibilité où ils se trouvent de remplacer les pneumatiques de leur voiture automobile, que par suite, de nombreux malades restent sans soins, et demande si en dehors du ministère de l'armement, dont les services repoussent actuellement toutes les demandes, même les plus justifiées, rien n'a été prévu pour donner satisfaction à ces médecins, avec toutes les garanties désirables et, dans le cas de l'affirmative, quelle procédure doit être exactement suivie. (*Question du* 11 *octobre* 1918).

Réponse. — A la suite de mesures concertées entre les différents départements ministériels, M. le président du conseil a envoyé à tous les services intéressés des intructions très précises qui permettront aux préfets d'intervenir efficacement pour assurer à la population civile les soins médicaux et pharmaceutiques dont elle a besoin. Ces instructions, qui sont actuellement entre les mains des préfets, visent particulièrement la question des voitures automobiles des médecins. *J. O.* 25 octobre 1918.

Loi du 18 octobre 1918 tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du service de santé militaire.

Article unique. — L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art.* 39. — En cas de mobilisation, le cadre du corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

« Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentistes de 1re et de 2e classe.

« Ces grades correspondent respectivement, dans la hierarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

CORRESPONDANCE

La démobilisation des médecins R. A. T.

Ne croyez-vous pas, au moment où va se discuter le sort des vieilles classes, qu'il serait utile, d'user de l'influence du *Concours* pour

(1) Cette réponse n'a pas la précision de celle qui a paru sur le même sujet, au *Journal officiel* du 18 novembre 1917 et qui est ainsi libellée : « *Les médecins auxiliaires du service auxiliaire ne doivent, aux armées, être affectés qu'aux formations non combattantes* ».

Il faudrait, Monsieur le Ministre, vous mettre d'accord avec vous-même, et éviter ainsi de vous contredire. D'autant plus que dans une autre Circulaire du 14 octobre 1917, vous avez précisé qu'*il pourra être fait appel, le cas échéant, aux médecins auxiliaires du service auxiliaire pour le ravitaillement en personnel sanitaire des* FORMATIONS D'ÉTAPE !

N. D. L. D.

appeler l'attention des parlementaires, sur le sort des médecins appartenant aux classes maintenues *exceptionnellement* sous les drapeaux et qui n'ayant pas *cinquante ans*, ne peuvent être mobilisés chez eux.

Il y a vraiment là de l'arbitraire, puisqu'il est entendu, de par la loi, qu'à partir de 48 ans, tout citoyen est dégagé des obligations militaires.

Je n'ai pas besoin d'insister auprès de vous pour que vous compreniez quel intérêt général il y aurait à alléger le fardeau de la guerre à des hommes qui ont sacrifié leur fortune, leur clientèle, leur santé et qui traînent misérablement dans un gite de fortune où ils épuisent les restes de force qui leur seront si nécessaires pour assurer leur existence la paix venue.

Voudriez-vous m'aider à plaider leur cause auprès des pouvoirs publics. Ces gens-là sont dignes d'intérêt ; du reste il continueront chez eux à rendre des services.

Dr C.

Réponse

C'est fait depuis 2 mois. Relisez le *Concours* du 15 août 1918, page 739, et la lettre de notre Directeur au Sous-secrétaire d'Etat, lui demandant d'autoriser les médecins R. A. T. des classes 1890 et plus anciennes à demander leur mise en congé sans solde, et ceux des autres classes, leur affectation dans leur région d'origine, aussi proche que possible de leur résidence du temps de paix.

Mais ne nous berçons pas de trop grandes illusions à cet égard, et n'espérons pas que nos efforts seront couronnés de succès à bref délai.

Par un phénomène dont nous cherchons vainement l'explication, il paraît que l'armée française manque de médecins ! !

Vous êtes stupéfait ! ! Nous aussi. Vous criez au paradoxe ! Nous crions mêmement.

C'est hélas ! tout ce que nous pouvons faire pour le moment.

Les médecins du service auxiliaire peuvent-ils être envoyés aux armées.

Voudriez-vous me donner le renseignement suivant, soit par lettre, soit par la voie du Journal.

« Les auxiliaires territoriaux ne vont pas aux « armées, ni dans la zone des armées, ils restent « à la région à laquelle ils appartiennent. Est-il « fait exception (et en vertu de quelle circu« laire) pour les auxiliaires territoriaux faisant « fonctions d'officier, et en particulier pour les « médecins auxiliaires du service auxiliaire « classe 1903, docteurs en médecine, faisant « fonction d'aide-major, et en touchant la « solde ? Ces derniers en définitive peuvent-ils « être envoyés de leur région dans la *zone des* « *armées*, à moins d'inaptitude constatée par « une Commission de réforme ? »

Dr G.

Aux termes des réglements en vigueur, les médecins auxiliaires du service auxiliaire peuvent être appelés à concourir au ravitaillement en personnel sanitaire des formations de la zone des étapes.

Les affectations des R. A. T.

J'appartiens à la classe **1891**, et comme j'avais trois enfants, j'étais classé **1888** ; je pouvais dans ces conditions demander, je crois, de rentrer chez moi.

Malheureusement, j'ai perdu il y a deux mois un de mes enfants. Est-ce que la mort de cet enfant me fait mettre classe 89 (et dans ce cas, jusqu'à présent, cette classe ne bénéficie pas de la relève définitive) ou bien suis-je toujours classe 88 ?

J'espère avec vous que tous les R. A. T. d'avant 1914 seront démobilisés à l'entrée de l'hiver, car s'il y a surnombre de médecins aux armées ils manquent beaucoup dans nos campagnes. Dans ma région, il faut faire 15 et 18 kilomètres pour trouver un vieux confrère qui avait cessé d'exercer.

Dans tous les cas, ma classe 89, me donne-t-elle le droit d'être rapproché de mon domicile ?

J'en suis à 20 kil. et dans l'impossibilité de prendre une permission de 24 h. et même de 48 heures.

J'ai fait 31 mois de front, dans 3 régiments d'infanterie ; depuis j'ai eu des bataillons de récupérés, des dépôts et la classe 19 ; me voici maintenant avec 1500 boches ; j'ai hâte, après 4 ans, de reprendre ma profession si je n'ai pas oublié le peu que je savais. Dr T.

Réponse.

Vos 3 enfants vivaient-ils simultanément le 30 juillet 1917 ?

Si oui, vous pouvez, dès cette date, aux termes de la C. M. 564 C/7, demander à être rapproché de votre résidence du temps de paix et même à y être affecté.

La perte cruelle que vous avez subie ne nous semble pas devoir restreindre vos droits, et vous pouvez toujours, à notre avis, formuler la même demande, qui ne recevra cependant satisfaction que si dans votre résidence même, ou dans la ville de garnison ou de for-

mation sanitaire la plus rapprochée, se trouve une vacance dans un emploi de votre grade, sans qu'il soit possible de créer à votre profit un emploi nouveau ou de dédoubler un emploi existant.

Nous enregistrons, pour le joindre à tant d'autres, votre témoignage qu'il y a pléthore de médecins aux armées, alors qu'ils font défaut à l'intérieur surtout dans les petits centres ou à la campagne, car dans les grandes villes et surtout dans les chefs-lieux de région où siègent les Directions !!! N'insistons pas et souhaitons que les pouvoirs publics avisent : il est temps !!

La médaille des épidémies

« Existe-t-il une circulaire ministérielle disant qu'un médecin qui a contracté une maladie épidémique en soignant ses hommes (fussent-ils simplement venus à sa visite régimentaire) a droit à la médaille des épidémies ? »

Dr T.

Réponse

Le ministre de la guerre a déclaré, dans le *Journal officiel* du 21 février 1918, que « les médecins militaires qui contractent une maladie contagieuse en soignant leurs malades ont droit à la médaille des épidémies ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA VIE SYNDICALE NÉCESSAIRE

L'exercice de la médecine dans les Ardennes.

Nous recevons la lettre suivante dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs.

Monsieur le rédacteur,

Monsieur le Préfet des Ardennes fait un appel aux médecins non mobilisés, disposés à reprendre l'exercice de leur profession dans les Ardennes et aptes à répondre à un appel urgent.

C'est bien comme première liste à établir d'urgence, mais il y aurait lieu de compléter et de dresser une autre liste aussi urgente :

La liste des médecins mobilisés ayant droit d'être rapprochés de leur domicile dans les Ardennes, et prêts à faire cette demande, dans les conditions fixées par C. M. 564 Ci/7 30 juillet 1917. C. M. 664 Ci/7 13 février 1918.

Les services de la Préfecture auraient intérêt à en dresser la liste, afin de réclamer au Service de Santé au moment voulu les médecins, qui tout en restant mobilisés, ont le droit d'être rapprochés de leur domicile.

J'espère que nos camarades Dhotel, de Poix, Ripert, de Fumay, et d'autres peuvent avec l'appui du *Concours* et de l'Union des Syndicats prendre la tête du mouvement de réorganisation de l'exercice de la médecine dans les Ardennes, sauvegarder notre liberté et notre indépendance dans la mesure compatible avec l'intérêt public.

Il faut fondre ensemble les deux Syndicats existants de Sedan et de la vallée de la Meuse (Mézières et Rocroi) et créer une Association syndicale du département.

J'adhère au mouvement. Qui en prendra l'initiative ?

Il y a un mouvement à créer, nous sommes dispersés, il faut nous rassembler et agir vite pour ne pas nous trouver en présence de l'inévitable .. *timeo* — et *dona ferentes* — Gairal est mort qui le remplacera ? ?

Confraternelles salutations.

Dr Rozoy.

L'appui du *Concours médical* est toujours entièrement acquis à nos confrères des régions libérées.

LES PROBLÈMES DE L'APRÈS-GUERRE

La démobilisation des médecins.

Il n'est plus prématuré de parler de paix et de démobilisation ; c'est l'affaire de deux mois, disent les optimistes, de six mois, répondent les pessimistes, en tous cas c'est prochain. Il est donc normal que les médecins mobilisés envisagent leur retour chez eux et s'inquiètent des conditions dans lesquelles ils reprendront l'exercice de leur profession. Or si on a beaucoup parlé et beaucoup écrit sur ces sujets, pratiquement rien n'a encore été décidé par le gouvernement.

La démobilisation se fera certainement par classe ; mais on dit que les médecins ne seront démobilisés que trois mois après leur classe, afin d'assurer les soins dans les hôpitaux militaires. Ce serait non seulement injuste, [mais contraire à l'intérêt général, car il est indispensable que la population civile qui manque actuellement de médecins et qui va se trouver

Demandes et Offres (Suite)

N° 111. — A céder, raison de santé, 1 heure de Paris excellent poste, rapport 18 à 20.000 frs. Fixes transmissibles 2.000 frs. On céderait partie du mobilier.

N° 112. — Docteur désire acquérir bonne clientèle médicale, banlieue de Paris.

N° 113. — Docteur de Paris cherche, pour raisons de santé, à échanger son poste avec celui d'un confrère de campagne. Poste créé en 1910 dans quartier industriel, ayant rapporté 17,000 francs touchés en 1913 et susceptible d'augmentation.

N° 114. — Côte-d'Or. A céder ancien et bon poste campagne. On fait la pharmacie. Fixes importants, chemin de fer. On pourrait céder belle et grande maison d'habitation.

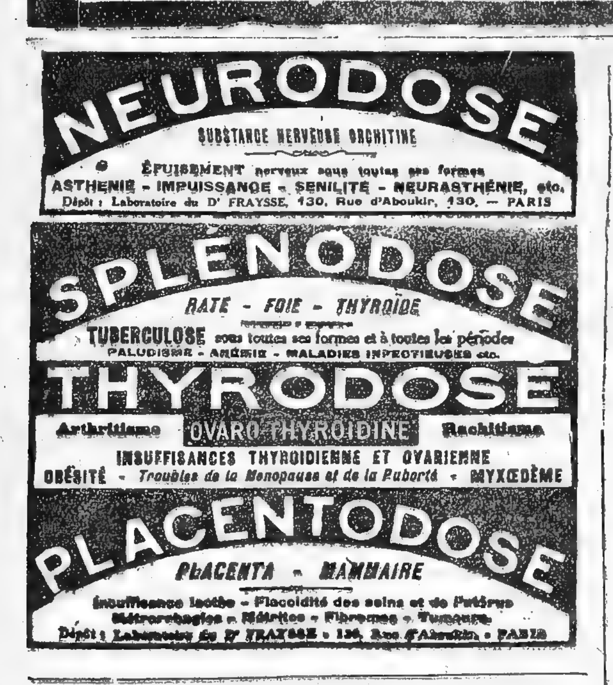
VIENT DE PARAITRE

Les médecins et le décret du 14 septembre 1916

Brochure indiquant brièvement et clairement les droits et obligations résultant pour les médecins du décret sur l'importation, le commerce, la détention, et l'usage des substances vénéneuses, et contenant la liste des substances auxquelles s'appliquent les prescriptions du décret.

En vente aux bureaux du Journal et au Syndicat des médecins de Marseille, 3, Marché des Capucins, à Marseille.

Prix franco : **0 fr. 50.**



ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).



subitement accrue par le retour de quelques centaines de mille R. A. T. et A. T. plus ou moins fatigués, malades, blessés, ait immédiatement à sa disposition un nombre suffisant de médecins. Il est donc à souhaiter que les organes professionnels et les Syndicats médicaux fassent une démarche pressante auprès des pouvoirs publics, pour que : *dès le début de la démobilisation, tous les médecins R. A. T. (et même A. T. si c'est possible) soient ramenés dans la localité où ils exercaient avant la guerre, démobilisés ou en sursis de 3 mois.*

Mais en dehors de la démobilisation, il faut de toute urgence aussi, se préoccuper de la situation des médecins à leur retour. Le *Concours médical* a déjà entamé cette question si importante de la protection de la clientèle des médecins mobilisés loin de chez eux ; le Groupe médical parlementaire a déjà posé quelques jalons dans ce but ; mais aucune décision ferme n'a été prise par le gouvernement. Et si, du jour au lendemain, les médecins mobilisés étaient rendus à la vie civile, beaucoup trouveraient leur clientèle dispersée aux mains de confrères étrangers installés à leur porte ou de médecins français non mobilisés, venus depuis la guerre d'une localité où ils ne faisaient rien ; ou enfin de médecins mobilisés qui, depuis des mois, sous l'œil bienveillant de l'autorité militaire et même du Syndicat local, se sont créés une clientèle fructueuse qu'ils ne veulent plus quitter maintenant. C'est pour empêcher cette spoliation, c'est pour permettre aux médecins du front de retrouver rapidement leur clientèle, pour les dédommager aussi, un peu, des 5 années de pertes pécuniaires et de maigre solde, que nous demandons aux Syndicats médicaux d'agir enfin, de sortir de leur torpeur ; et d'amener les pouvoirs publics à prendre, en faveur des médecins mobilisés loin de chez eux, quelques mesures de protection et de réparation. Nous nous permettons d'en suggérer quelques-unes :

1° *Pendant deux ans, à partir de la signature de la paix, aucun médecin mobilisé ou qui l'a été ne pourra ni rester installé, ni s'installer dans une localité où il n'exerçait pas avant le 2 août 1914 et où il aura assuré un service en tant que mobilisé.* Le Groupe médical parlementaire a adopté cette motion *en principe* ; mais il en est resté là et ce n'est pas suffisant : il faut que cela devienne article de loi avant la démobilisation.

2° *Pendant 10 ans, les médecins étrangers qui se sont installés depuis le 2 août 1914 dans une localité française, ne pourront y rester ; aucun médecin étranger ne pourra s'installer en France pendant les 10 ans qui suivront le traité de paix.* On a pu fermer les yeux sur leur installation alors qu'on manquait de médecins civils ; mais dans les 6 mois de la signature de la paix les étrangers ne doivent plus exercer en France et doivent laisser la place aux Français, partis depuis cinq ans.

3° *Pendant 10 ans, tous les services médicaux publics (Assistance, Inspection des Ecoles, etc...) et tous ceux des grandes administrations sous le contrôle de l'Etat (Compagnies de chemins de fer, Compagnies maritimes, administrations et manufactures de l'Etat, etc...) seront de droit attribués dans les 6 mois de la signature de la paix, à des médecins ayant été mobilisés et qui en feront la demande.*

4° *Tout service médical, public ou privé, exercé avant la guerre par un médecin et qui aurai cessé du fait de la mobilisation du médecin, lui sera de droit rendu dans les 3 mois de sa demande et ne pourra lui être retiré pendant un temps égal à celui où il ne l'aura pas exercé du fait de la mobilisation.*

Et ce ne sera que justice, comme disent les hommes de loi. Mais il n'y a pas de temps à perdre et nous espérons que le *Concours médical*, l'Union des Syndicats médicaux, le Groupe médical parlementaire agiront rapidement et obtiendront, une fois de plus, gain de cause pour les médecins du front.

Projet de Modus Vivendi entre clients et médecins après la guerre

Il est permis de supposer que la guerre fera sentir son action non seulement sur toutes les branches du commerce et de l'industrie, mais encore sur les carrières libé ales et particulièrement sur la médecine. La vie rendue plus chère pour tout le monde par suite du renchérissement de la main-d'œuvre, mettra le corps médical dans la nécessité de hausser ses prix, ce qui ne sera réalisable que difficilement, beaucoup de personnes comprenant mal que les médecins augmentent leurs prix au moment où un grand nombre d'individus crieront leur gêne.

Pour limiter cette hausse provoquée par la nécessité de vivre, par l'obligation dans laquelle se trouvent les médecins de prendre leurs honoraires là où ils se présentent suivant le hasard des circonstances, par l'incertitude dans laquelle tout médecin praticien se trouve d'avoir tous les jours assez de visites pour assurer son pain quotidien, et de voir rentrer ses honoraires, les clients pourraient prendre l'habitude d'assurer au médecin de leur choix les honoraires indispensables à son existence, sous forme par exemple, d'un droit d'inscription renouvelable à la fin de chaque année pour l'année

suivante si l'on avait encore le désir de se faire soigner par le même médecin ; dans le cas contraire, on se ferait inscrire chez un autre. En principe, ce droit d'inscription pourrait être minime et ne chargerait nullement le budget du client.

En effet, on peut affirmer que l'un dans l'autre un médecin praticien donne ses soins à un nombre de personnes variant entre 1000 et 2000. Prenons 1500 par exemple. Il suffirait que ces quinze cents têtes paient comme droit d'inscription une somme égale au prix d'une consultation correspondant à sa situation non sociale, mais de fortune réelle : dix francs pour les gens riches ; six francs pour les situations aisées, cinq francs pour les situations plus modestes, quatre et trois francs pour les petits artisans, petits métiers, etc. Sur quinze cents personne, on peut en compter :

50	à	10 fr.	=	500 fr.
200	à	6 »	=	1.200 »
300	à	5 »	=	1.500 »
450	à	4 »	=	1.800 »
500	à	3 »	=	1.500 »
		Total.....		6.500 fr.

Si l'on ne craint pas de voir les choses telles qu'elles sont, on avouera que bien des médecins, quand ils se verront sûrs au premier janvier de chaque année de toucher de cinq à sept mille francs, seront moins tentés de pousser à la visite et se contenteront de faire les visites vraiment indispensables, ce qui serait déjà une première façon pour les clients de regagner leurs frais d'inscription. Il y en aura encore une autre : tout client qui tombera malade dans le courant de l'année pour laquelle il s'est inscrit, verra retrancher du montant de sa note la somme qu'il aura versée pour toutes les personnes de sa famille habitant sous le même toit. Ainsi, supposons une famille de sept personnes ayant payé toutes cinq francs comme droit d'inscription : si un membre quelconque de cette famille fait dans le courant de l'année une maladie entraînant quatre-vingt-dix francs de frais médicaux, le chef de famille n'aura plus à payer que cinquante-cinq francs. Cette façon de procéder aura encore l'avantage de faciliter énormément les règlements, car il est bien établi que pour beaucoup de gens, une note dépassant cinquante à soixante francs est dure à payer.

On pourra faire bien des objections à ce concordat entre médecins et clients, car il est loin d'être parfait ; d'ailleurs il n'est qu'effleuré ; mais il paraît procurer des avantages pour les deux camps, même si des clients sont appelés à donner plusieurs années de suite leurs cotisations sans en tirer parti ; c'est tant mieux et tant pis pour eux. D'ailleurs rien ne les empêcherait de s'entendre avec leur médecin pour, dans le courant du mois de janvier suivant l'année dans laquelle ils n'auraient pas eu besoin de consultations, se faire passer un examen d'ensemble pour être fixés sur leur état général, recueillir quelques bons conseils pour eux et les leurs, examen soldé par la cotisation versée l'année précédente et restée inutilisée ; ce serait même une excellente méthode pour répandre l'usage de la consultation préventive.

Ces nouveaux rapports des médecins avec leurs clientèles auraient encore l'avantage de resserrer les liens des médecins avec leurs clients qui ne resteront plus trois ou quatre ans sans s'aboucher avec leur médecin, qui s'intéresserait d'autant plus à eux qu'il les regarderait comme les fondations les plus solides de sa maison médicale ; les clients régulièrement inscrits seraient les premiers servis en cas d'appel ; ils seraient sûrs de trouver un médecin la nuit comme le jour ; vus ou tout au moins aperçus une fois par an par leur médecin, ils auraient une fiche de santé en règle, ce qui n'est pas à négliger ; il s'établirait entre clients et médecins des rapports plus suivis, par suite plus cordiaux. Tel que nous connaissons le cœur humain nous ne doutons pas que cette méthode ne trouverait que peu d'opposition de la part de la clientèle ; nous sommes convaincus qu'un grand nombre de personnes seraient satisfaites, par le fait de l'inscription chez un médecin de leur choix, de se dire que par suite de cette espèce de contrat, elles peuvent compter plus absolument sur les soins médicaux dont elles pourraient avoir besoin ; beaucoup feraient de cette inscription une question d'amour-propre et ne voudraient pas qu'on puisse dire qu'elles n'ont pas de médecin, ne s'étant pas fait inscrire nulle part.

Dr L.

***

Ce projet est inspiré évidemment par un souci légitime des intérêts du praticien. Mais malgré l'excellente intention qu'il dénote nous ne croyons pas qu'il soit de réalisation souhaitable. Ce *modus vivendi*, c'est à proprement parler, un retour au système de l'abonnement qui sévit encore dans quelques départements et qui nous a toujours paru parfaitement condamnable, comme tout ce qui procède du « forfait » où l'on aboutit à ce résultat paradoxal que, plus on travaille, moins on gagne et *vice versa*. Croire d'ailleurs que la clientèle l'accepterait tel qu'il est proposé, c'est à notre avis une illusion. Tout au moins serait-il intéressant d'avoir son avis.. Mais comment? Il n'y a pas de Syndicats de malades ? Il n'y en a pas encore !

Autant vaudrait alors adopter les mœurs médicales chinoises : le médecin est payé, dit-on, par son client, tant que celui-ci se porte bien : dès qu'il est malade, il cesse de l'honorer. Aussi conçoit-on que le véritable intérêt du praticien soit de guérir ses malades le plus rapidement possible.

N. D. L. R.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos du tarif Dubief

Dans un numéro précédent, nous avons établi que le Tarif Dubief n'était qu'un tarif d'exception et que, pour tous les accidentés du travail nous devions appliquer :

Soit le tarif ouvrier normal, à la visite, en tenant compte de l'augmentation de nos frais généraux ;

Soit le tarif Dubief, en réclamant au blessé le complément d'honoraires qu'il nous doit légalement. Je reconnais que cette dernière solution n'est pas pratique et qu'elle n'est pas goûtée par la majorité de nos confrères, bien qu'un certain nombre, dont nous parlerons plus loin, aient adopté une pratique inverse.

Tenons-nous-en donc à la première solution qui est d'autant plus facile à appliquer que nous restons peu nombreux en ce moment, indispensables, que nos services sont plus urgents et que les médecins mobilisés pour la population civile ne tiennent pas du tout à faire des certificats et à soigner les accidentés gratuitement ; je parle en général.

D'ailleurs la question d'insuffisance partielle du tarif Dubief soulevée par le confrère Decourt ne concerne qu'un nombre restreint de confrères : ceux-là seuls des campagnes ou des petites villes qui s'occupent des accidents du travail. Or, en dehors d'eux, il y a la grosse masse des confrères privilégiés qui ne s'occupent pas des ouvriers, de ceux qui les soignent gratuitement dans les hôpitaux, au détriment de la princesse et du corps médical, pour le plus grand bonheur des compagnies d'assurances, de ceux — et ils sont légion — qui les soignent à forfait, et enfin de ceux des grandes villes.

Je veux examiner aujourd'hui ce que vaut pour nos confrères de la dernière catégorie le tarif Dubief et s'ils ont un intérêt urgent à ce que ce dernier soit remanié : on peut répondre hardiment par la négative. Il est évident que toute augmentation de nos honoraires serait la bienvenue, mais nous gagnons tous, en ce moment, assez d'argent pour ne pas soulever cette question de tarifs dans laquelle nous sommes contre-attaqués vigoureusement et non sans arguments de valeur par les industriels et les assurances.

La mise en vigueur du tarif Dubief a ouvert toutes grandes à nos confrères des grandes villes les écluses d'un nouveau Pactole ; l'ouvrier blessé qui, la veille encore, était un mutualiste payant peu ou mal, est devenu un client sérieux, nous rapportant des honoraires importants. C'est le gros argument des assurances contre nous ; ayons la franchise de le reconnaître et d'en tenir compte.

J'ajoute même que s'il ne faut pas que l'ouvrier blessé devienne la proie des assureurs, il ne faut pas davantage qu'il devienne la nôtre.

Or nous devons constater avec regret et en le déplorant, que certains médecins de grande ville ont été trop loin dans la mise en valeur du tarif Dubief, qu'ils en torturent le texte pour y trouver des visites ou consultations cumulant avec des pansements plus ou moins antiseptiques, avec des massages, des interventions et autres inventions que la plupart d'entre nous (oserai-je dire qu'aucun d'entre nous) n'appliquaient jamais aux accidentés antérieurs et qu'ils n'oseraient pas appliquer dans leur clientèle privée. De là ces contestations si nombreuses devant les tribunaux : de là aussi l'éclosion de tant d'officines louches dites « Cliniques » d'accidents de travail où on attire les ouvriers par une prime qu'on leur paie à chaque visite — (au lieu de leur *réclamer le complément du tarif* Dubief) —, sans parler des visites à domicile faites abusivement à des blessés qui peuvent marcher.

Ce sont des faits scandaleux sur lesquels nos grandes Sociétés médicales ferment trop volontiers les yeux, ce qui au regard du public et des assurances, les rend complices de pareils agissements puisqu'elles ne réagissent pas contre.

Que le *Concours* fasse campagne par tous les moyens contre les forbans de la profession d'abord.

Qu'il rappelle ensuite aux confrères honnêtes des grandes villes qu'un ouvrier blessé ne doit payer qu'un tarif ouvrier, malgré que le patron soit responsable d'une part des honoraires, et que tous les abus, toutes les notes exagérées sont soigneusement collectionnés et constituent contre nous et contre notre belle conquête du tarif à la visite un dossier à charge que les assureurs nous opposeront en temps opportun.

Et surtout qu'il s'emploie à obtenir la mise en vigueur *dans toute la France* du tarif Dubief tel qu'il est, malgré ses imperfections et à le faire appliquer aux confrères moins favorisés, forfaitaires par force.

C'est une tâche digne du *Concours* et de ses dirigeants dont le résultat se traduirait par une abondante pluie dorée dans l'escarcelle dému-

nie de nos pauvres camarades si éprouvés par la guerre ; nous souhaitons que le *Concours*, organe de tous nos intérêts professionnels, examine cette question dans toute son ampleur et nous lui demandons l'hospitalité pour un prochain article sur les médecins forfaitaires.

Dr L.

VARIÉTÉS

Verberie pendant l'invasion de 1914 (Impressions et Souvenirs), par le Docteur DEBACQ préface du Général Sébert, Membre de l institut, (Prix : 2 fr.50.)

L'invasion ! Lorsque, jadis, durant les veillées, nous lisions les pages célèbres d'Erckmann-Chatrian sur la chute de l'Aigle, un sentiment complexe fait de terreur rétrospective et de sécurité présente nous saisissait.

Chacun recherchait alors le petit frisson pour secouer ses nerfs blasés. Au coin d'un bon feu, la sensation n'était point désagréable.

Mais brusquement, de la fiction, nos concitoyens passèrent à la réalité poignante. De la poussière de l'histoire, les sombres jours de 1814 renaissaient au bruit des obus, à l âcre fumée des incendies.

Nos villes connurent les fureurs de l'envahisseur ; les ruines de Senlis et de Creil l'attestent; d'autres moins éprouvées sentirent s'abattre sur elles l'indicible tristesse d être serves de pandours avinés et arrogants. Ce fut le cas de Verberie, la petite cité assise coquettement sur les bords de l'Oise, et sertie, comme un joyau, dans les sites incomparables de l'Ile de France.

***

Ces heures douloureuses, le Dr Debacq les a décrites avec une exactitude parfaite. Il les a notées toutes, tragiques souvent et comiques parfois. Les dons d'observation l'ont fait l'historiographe de Verberie. Je rappelais plus haut, la description classique d'Erckmann-Chatrian; la façon du Dr Debacq s'apparente à leur méthode. Il sait fixer le trait de second plan qui restera gravé dans la mémoire de ses concitoyens, car il s'est passé sous leurs yeux. Citoyen, au plein sens du terme, de sa petite ville, très « peuple » lui-même, il sent profondément avec les humbles, note leurs soucis, leurs plaintes, leurs ingénieuses industries. Ses pages témoignent du dévouement d'une poignée de braves dont il fut, et demeurent intéressantes pour l'historien de cette période tragique.

Renan, en parlant de l'histoire, l'appelait modestement une petite science « conjecturale ». De fait, les historiens patentés puisent trop abondamment dans les documents officiels dont l'authenticité ne compense en aucune manière le vide diplomatique.

Relisez les lettres de félicitations adressées à l'issue des revues de 14 Juillet....

Le petit fait, au contraire, pris sur le vif, ne laisse pas de place aux conjectures. Or, le livre du Dr Debacq est exactitude et concision.

A Verberie, l'envahisseur s'est montré relativement modéré ; il reste encore de lourdes charges à son passif ; le Dr Debacq dépeint les angoisses que la plupart de nos concitoyens ont éprouvées, les sévices qu'ils ont subis, et qu'ils retrouveront retracés de main d'ouvrier.

Aux enfants, ce livre rappellera les sacrifices de leurs aînés et montrera les désastres auxquels sont voués les pays que berce une sécurité factice.

***

Le général Sebert, Membre de l'Institut, qui n'a cessé d'avoir sa demeure à Verberie son pays natal, a bien voulu donner une préface au livre du Dr Debacq.

J'y relève ces quelques lignes : « Ce rôle (celui du Dr Debacq) a certainement contribué « pour beaucoup à épargner au pays les rigueurs « trop habituelles de la guerre, telle que la font « aujourd'hui les Allemands ».

J'ajoute que le Dr Debacq est resté présent à son poste, malgré ses infirmités : son dévouement et son autorité morale ont été particulièrement précieux dans le désarroi quasi-général. Ses concitoyens lui rendent témoignage; je n'insiste donc pas. Mais je tiens à louer la clarté de son travail, l'impression familiale qui s'en dégage : devoir, Maison commune y ont une place maîtresse, il y a là un « provincialisme » du meilleur aloi.

J'engage donc très vivement nos lecteurs à se munir de cette forte brochure qu'ils mettront dans leur bibliothèque en bonne place. Elle le mérite.

A.-J. CHARON.

NOUVELLES

Commission supérieure consultative du Service de Santé. — Sont nommés membres de la commission supérieure consultative du Service de Santé militaire :

MM. le docteur Widal, membre de l'Académie de médecine ; Moure, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; le médecin principal de 1re classe Laforgue, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; le médecin-major de 1re classe Jeanbreau, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; les docteurs Hudelo, médecin de l'hôpital Broca ; Delaunay, chirurgien-chef de l'hôpital international.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 23 — 1er DÉCEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « Le CONCOURS MÉDICAL » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION
N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

DEMANDES ET OFFRES

—

N° 115. — Touraine. Pour raisons de famille, clientèle de campagne de 18.000 frs à céder dans pays riche et facile à desservir.

N° 116. — Docteur retour Allemagne, occuperait poste dans maison de santé ou auprès malade. Ferait remplacements. Libre tout l'hiver.

N° 117. — Cause décès céder de suite bonne clientèle 10.000 frs touchés. Pays de chasse et de pêche.

On céderait livres et instruments. Conditions à débattre.

N° 118. — Confrère demande à acheter un thermocautère neuf ou d'occasion.

N° 119. — Banlieue de Paris. Très bonne clientèle à céder, tenue par le titulaire pendant la guerre. Lemaître, avocat, 110 rue du Faubourg-Poissonnière, Paris.

N° 120. — On serait reconnaissant à confrère qui pourrait indiquer un immeuble à louer, aménagé pour le commerce de vins en gros, mais pouvant être accommodé pour autre commerce ou industrie dans sous-préfecture Seine-et-Oise.

N° 121. — Côte d'Azur. Poste médical à reprendre cause de décès, clientèle ..., bibliothèque et instruments modernes. Villa meublée, confort moderne ...000 frs, pourrait doubler avec auto. Dr Surian, 203, rue St-Martin, Paris.

N° 122. — Finistère. A suite de décès très

Suite page XX.

Quarantième année | N° 23 | 1er Décembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
Organisons-nous dès à présent pour l'après-guerre. — La nécessité d'un office intersyndical de renseignements pour faciliter l'établissement des médecins dans les postes vacants....... 1035

Partie Scientifique

Clinique médicale
Pathologie et traitement des dyspepsies, (*Suite et fin*), par M. le professeur Robin....... 1037

Faits cliniques
Pleurésie purulente surabondante chez un tuberculeux. Ouverture spontanée externe de la plèvre. Pleurotomie régularisatrice. Amélioration, par M. le médecin-major G. Duchesne....... 1042

Revue des Sociétés Savantes.
Prophylaxie mécanique des maladies contagieuses. — Nouvelle méthode de traitement post-opératoire des évidés pétro-mastoïdiens. — Rôle de l'air expiré dans la transmission des maladies épidémiques. — Le liquide céphalo-rachidien dans la sciatique. — Le Sodoku : constatation de spirochètes dans le sang. — Influence de l'âge sur la fréquence des maladies contagieuses dans l'armée....... 1046

Thérapeutique appliquée.
Périodes critiques et âges de transition....... 1049

Bibliographie
Contribution à l'étude radiographique et au repérage des esquilles intracraniennes, par M. R. Pecker. 1050

Notes de pratique quotidienne.
Que pouvons-nous contre la grippe?....... 1053

Correspondance

L'insigne des blessés. — Les congés avec solde des médecins. — Les troubles de l'acuité visuelle et les différentes aptitudes. — Les mécins, pères de cinq enfants — L'indemnité de cherté de vie n'est pas allouée aux permissionnaires. — Ne pourrait-on pas encourager la repopulation?. — Inaptitude et aptitude restreinte. — Les promotions. — Une question....... 1054

Le Livre d'Or du Corps Médical Français
Mort au champ d'honneur. — Citation....... 1060

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité. Une enquête sur le fonctionnement du Service de Santé durant la guerre. — Le statut des médecins de complément. — L'assimilation de grades des médecins militaires n'est pas une hérésie. — A bâtons rompus. Nos R. A.T. — A propos des conseils de révision....... 1063

A l'Officiel
Questions et réponses militaires....... 1068

Partie Professionnelle

Problèmes d'après-guerre
Des mesures hygiéniques à prendre après la guerre. — Une excellente idée....... 1072

Médecine sociale.
La lutte contre la tuberculose et les Syndicats médicaux....... 1077

A propos du secret médical
Le secret médical de l'Académie du Var....... 1077

Nouvelles et Variétés.
Un procédé de prophylaxie efficace contre la grippe espagnole à l'usage de nos Administrations. — Association générale des médecins de France....... 1078

PROPOS DU JOUR

Organisons-nous dès à présent pour l'après-guerre.

La nécessité d'un office intersyndical de renseignements pour faciliter l'établissement des médecins dans les postes vacants.

Certains de nos confrères se plaignent de l'absence d'organisation du Corps médical : Que sont devenus nos Syndicats ? gémissent-ils. De quelle activité ont-ils fait preuve durant la guerre, alors qu'il y avait tant à faire ? A ce jour, au moment où vont se poser pour le Corps médical les troublants problèmes de l'après-guerre, dans quelle situation vont se trouver les praticiens, divisés, sans cohésion, livrés à l'égoïsme individualiste qui fait échec à l'utile action professionnelle, et empêche tout progrès sérieux, toute amélioration durable ? Quelle organisation trouveront les médecins mobilisés à leur retour des armées ?»

Ces plaintes ont, en elles, quelque chose de fondé. Nous nous permettrons toutefois de faire remarquer que la mobilisation de plus des 8/10e des médecins français était fatalement appelée à désorganiser nos syndicats en leur enlevant leurs éléments les plus jeunes et, partant, les plus actifs ; que les médecins non mobilisés, âgés ou de santé débile, obligés de tenir tête aux exigences de la population civile, n'avaient ni les moyens, ni les loisirs de mener une action syndicale active ; qu'en supposant qu'ils aient eu ces moyens et ces loisirs, il leur eût été difficile d'engager le corps médical dans une voie qui eût pu être différente de celle désirée par la grosse majorité de leurs confrères ; enfin qu'il ne nous est pas permis à l'heure actuelle d'apprécier le travail syndicaliste dans chaque région, ne pouvant être renseigné à ce sujet d'une façon précise.

Mais, si les circonstances créées aux médecins non mobilisés les ont empêchés de donner aux Syndicats médicaux une vie très active, il est temps de réveiller ces derniers d'un sommeil qui, s'il persistait, serait fatal à notre Profession.

Nous ne demandons pas aux quelques milliers de médecins non mobilisés de prendre sur

les points qui intéressent tous les praticiens des décisions définitives, de signer des engagements au nom de tous, et de compromettre l'avenir. Non. Quelles que soient leurs connaissances professionnelles, leur bonne volonté, leur désintéressement, les médecins non mobilisés ne sauraient se substituer aux praticiens qui, depuis plus de quatre ans, ont abandonné leur clientèle, et dont ils ne peuvent qu'imparfaitement connaître la mentalité et apprécier les besoins les plus urgents.

Mais ce qu'ils peuvent et doivent faire, c'est de préparer, dans chaque région, les cadres des Syndicats, où les médecins démobilisés pourront s'inscrire dès leur retour à la vie civile. C'est de dresser les questions d'ordre général et d'ordre local qu'il sera urgent de solutionner au plus tôt. C'est d'étudier ces questions, d'apporter à leur solution des propositions réfléchies et pratiques, au besoin multiples, qui pourront être aussitôt soumises aux médecins revenus dans leur foyer et servir de bases aux discussions, évitant ainsi des pertes de temps. C'est de se dresser en face des institutions *administratives*, industrielles ou autres, toutes les fois qu'une question d'ordre médical sera soulevée par elles, de ne laisser prendre sans réserves aucune décision pouvant engager l'avenir des praticiens, et de proclamer hautement, toutes les fois que l'occasion s'en fera sentir, qu'aucun service médical d'assistance, de bienfaisance, de mutualité ou autre, ne saura être considéré comme définitif, qu'aucun droit acquis ne saura être invoqué, avant que les médecins mobilisés intéressés ne soient revenus, et ne soient mis à même de donner leur avis sur l'organisation nouvelle.

En somme, il importe que les médecins de l'arrière fassent revivre les Syndicats médicaux ou en créent où il n'en existe plus ; il importe qu'ils préparent la mobilisation économique de la profession médicale qui doit suivre immédiatement la démobilisation militaire.

Il ne faut pas que la situation des médecins mobilisés soit compromise par l'indifférence de leurs anciens et que, pendant des mois, règne dans la profession médicale, une anarchie dont profiteraient aussitôt les collectivités qui ont jusqu'alors vécu de l'exploitation du médecin.

***

Une des premières préoccupations des groupements syndicaux dont nous réclamons immédiatement la reviviscence, la résurrection ou la création, est de préparer le retour du praticien démobilisé à la vie normale, de lui faciliter les moyens de récupérer sa clientèle ou de s'en créer une nouvelle. Ceci demande des mesures d'ordre local que nous ne pouvons envisager, mais il y a une nécessité qui s'impose, et qui, dans l'intérêt de tous, demande à nos groupements syndicaux de faire preuve d'abnégation et de sincérité, nous allons brièvement l'exposer :

Nous avons reçu de nombreuses lettres de médecins des régions dévastées ou envahies, qui ne pouvant retourner dans leur pays où la vie de leur famille ne serait plus assurée, désirent se faire une situation nouvelle. Ces confrères, intéressants à tous les points de vue, demandent conseil pour le choix d'un nouveau poste.

Il est du devoir le plus élémentaire de les aider à se faire une nouvelle situation, de leur indiquer où ils pourraient s'installer avec la certitude de gagner leur vie, de leur éviter des tâtonnements onéreux et pénibles, de les empêcher de se fourvoyer dans des régions médicalement saturées où ils augmenteraient la gêne de leurs confrères sans arriver à y vivre. Après ces quatre années de guerre, pendant lesquelles la mort a fait des coupes sombres parmi nous, des postes vacants de médecins existent un peu partout ; il s'agit de bien les connaître.

C'est le Syndicat médical qui doit renseigner le médecin qui cherche une situation et non le pharmacien, le maire, le curé ou l'homme politique qui, pour des motifs d'ordres divers, ou par ignorance des conditions de l'exercice de notre profession, ont tendance à engager un nouveau médecin à s'installer chez eux ou à lui déconseiller de venir dans leur région. Il ne faut pas que, dans un but d'accaparement égoïste, les praticiens syndiqués d'une région s'efforcent d'empêcher les postes vacants d'être occupés ; tôt ou tard, un nouveau médecin viendrait s'y installer en dépit d'eux, et au lieu d'être animé des sentiments de reconnaissance d'un *obligé*, il arriverait avec la mentalité d'un homme qui se sait d'avance mal accueilli, et qui s'apprête à une lutte sans merci pour défendre son droit à la vie. Comme le nouveau venu n'aurait rien à perdre, il serait d'autant plus dangereux pour les confrères égoïstes qui l'auraient mal accueilli.

Le *Concours Médical* sera heureux de recevoir tous les renseignements utiles sur les postes médicaux, vacants et les transmettra avec plaisir aux confrères dignes d'intérêt qui cherchent légitimement une situation nouvelle ; mais

nous croyons qu'il serait utile de fonder, à l'Union des Syndicats, un office intersyndical de renseignements pour faciliter l'installation des médecins dans les postes médicaux vacants. Ce serait faire preuve d'un large esprit de confraternité et ce serait aussi de l'intérêt de tout le Corps médical, en assurant dans la mesure du possible une meilleure répartition des médecins en France.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

M. le professeur Robin, à l'Hôpital Beaujon

Pathologie et traitement des dyspepsies

(*Suite et fin*).

V

Maintenant, Messieurs, vous connaissez ma conception des dyspepsies. Il s'agit d'aborder la clinique. Je vais vous montrer comment, par la simple observation, on peut ranger les dyspepsies dans une des trois catégories précédentes, sans avoir besoin de recourir au chimisme stomacal.

Prenons d'abord la *dyspepsie hypersthénique ou hyperfonctionnelle*.

Un malade se présente à vous, il souffre de l'estomac ; vous l'examinez, vous êtes frappé de deux choses : un sujet qui est très maigre avec un teint terreux. Vous lui faites tirer la langue au lieu d'avoir la langue saburrale il a une langue rougeâtre, quelquefois très rouge, même vernissée. Il a de l'appétit ; il vous dit : « Il y a des jours où je ne peux me rassasier, mais je n'ose pas manger parce que, quand je mange, ma douleur augmente. — Vous avez donc des douleurs ? — Oui. — Comment surviennent-elles ? — Quand j'ai mangé, j'éprouve un soulagement, je me sens mieux, j'ai deux ou trois heures de bonnes (ce n'est pas étonnant, avec l'alimentation il a saturé une partie de l'acide chlorydrique), mais vers quatre heures du soir, j'éprouve des malaises, j'ai une sorte de fringale et puis j'éprouve une sensation de barre au niveau de l'estomac ». D'autres vous diront : un tiraillement, d'autres une pesanteur, d'autres, une contraction. Et certains malades vous ajouteront : « Après cette première sensation, j'éprouve une vraie douleur, une douleur brûlante, une aigreur, une brûlure ; je sens quelquefois une sensation de feu qui me remonte dans l'œsophage : « Eh bien, si vous mangez, est-ce que cette sensation se calme ? — Oui, elle se calme mais pour revenir plus intense au bout d'une heure. — Et la nuit, comment dormez-vous ? — Je commence par m'endormir, seulement, au bout d'une heure, à heure fixe, presque toujours entre minuit et une heure du matin, je suis réveillé par une crise qui ressemble tout à fait à la crise de la journée. Quelquefois je ne souffre pas, mais je suis pris tout à coup de sensation de chaleur ou de palpitations du cœur et la crise commence. »

Voilà le tableau de l'hypersthénie gastrique, Cet homme pâle, maigre, qui a faim, s'il mange, ses aliments ne lui servent pas et, très souvent, il a faim et n'ose pas manger parce qu'il souffrirait davantage. Vous le faites coucher, vous l'examinez ; vous constatez que le creux gastrique est sensible à la pression ; si vous cherchez le phénomène de clapotement, vous le trouvez ; l'estomac est distendu, le clapotage est plus ou moins intense. Dans à peu près la moitié des cas, le foie est augmenté de volume. Ce n'est pas étonnant : la secrétion hépatique est déclanchée par le passage du chyme. Lorsque le chyme est très acide, le déclanchement est beaucoup plus intense. Que ce phénomène se reproduise pendant un certain temps, on en arrive à une hypertrophie fonctionnelle. Ces malades-là ont assez fréquemment de la constipation. Ils vous diront aussi qu'ils éprouvent une sensation de froid perpétuel, et enfin, dernier symptôme, ils vous racontent que le matin, quand ils se lèvent, ils sont comme épuisés de fatigue ; ils se sentent plus fatigués au réveil qu'en se couchant.

La *dyspepsie hyposthénique ou hypofonctionnelle* est toute différente. Le malade est pâle, mais il n'est pas terreux ; il n'a pas d'appétit, il a un aspect légèrement bouffi ; vous lui faites tirer la langue, sa langue n'est pas rouge ; elle est sale, elle n'est pas extrêmement saburrale et vous voyez tout autour de sa langue l'impression des dents. Après les repas, il éprouve aussitôt un malaise général ; il a de l'inaptitude phy-

sique et intellectuelle. Ce malade-là a tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation ; son foie est normal ; il a quelquefois des crises gastriques, mais elles sont beaucoup plus rares et elles sont dues à des acides de fermentation. Quand vous appliquez la main sur la partie inférieure de l'abdomen et que vous soulevez l'estomac, vous le voyez se bomber et former une sorte de saillie.

Le troisième type, c'est la dyspepsie à *fermentation*. Dans ce type-là, des phénomènes nouveaux apparaissent ; vous retrouvez les symptômes de la dyspepsie hyposthénique, mais vous en constatez aussi d'autres : Par exemple, vous êtes consulté fréquemment par des femmes qui se plaignent d'avoir le nez rouge après le repas ou des plaques rouges sur la figure ; elles ont des crises d'estomac, des crises de flatulence, dans lesquelles l'aérophagie joue certainement un rôle très important. D'où viennent-elles ? J'ai mis dans un ballon, au-dessus du mercure, 100 grammes de contenu gastrique normal en évitant l'accès de l'air. Après 24 heures, il s'est dégagé quelques centimètres cubes de gaz. Mais introduisons 20 centimètres cubes d'air, vous voyez se former 70 centimètres de gaz ; c'est l'air qu'on a introduit par aérophagie qui active les fermentations gastriques. Ces malades ont tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, mais leurs selles sont fétides ; de plus, ils présentent une très désagréable odeur de l'haleine odeur qui se manifeste surtout le matin à jeun et vers six heures du soir et disparaît en partie quand ils ont mangé. Au lieu d'avoir une langue simplement voilée, elle est vraiment saburrale. Faites coucher ces malades, l'estomac est toujours distendu, mais surtout par des gaz.

En dernier lieu, on remarque très souvent chez eux un phénomène important, c'est l'existence vers 5 à 7 heures du soir d'un léger mouvement fébrile. La température qui, le matin, est de 36°8, monte à 37°5, peut atteindre 38° et même 38°2. Cela passe très vite. Que de fois j'ai vu des malades me consulter en raison de ces petites poussées thermiques du soir et chez lesquels ces poussées disparaissaient rapidement par un traitement convenable ! Ces poussées fébriles sont dues à une petite intoxication et on en trouve la preuve dans l'examen des urines où l'addition du perchlorure de fer donne à l'urine une coloration noirâtre, connue sous le nom de réaction de Gehrardt, indice de la formation de produits acétoniques.

Voilà le tableau clinique résumé des trois formes particulières de dyspepsies, mais il faut savoir que ces trois formes ont une physionomie qui peut être modifiée par les retentissements que la dyspepsie exerce sur les autres organes.

VI

Il y a un retentissement des dyspepsies sur *l'intestin*. Comment l'expliquer ? C'est bien simple : voilà en fin de digestion une dose importante d'acide qui arrive dans l'intestin. Si cette hyperacidité n'est pas saturée par l'action du suc pancréatique et de la bile, elle arrivera dans l'intestin grêle, où les sucs intestinaux ne peuvent fonctionner que dans les milieux alcalins. L'intestin se défend par la formation du mucus qui est d'abord contemporain de l'arrivée d'un chyme hyperacide dans l'intestin, mais au bout de quelque temps, l'intestin continue pour son propre compte à faire du mucus, d'où l'entérite muco-membraneuse.

Il y a des retentissements hépatiques chez environ 10 % des dyspeptiques hypersthéniques ; vous trouvez de la glucose dans les urines. Cette glycosurie s'explique par le surmenage de la fonction hépatique au moment du passage du liquide hyperacide. Vous n'avez qu'à faire uriner le malade à jeun et après le repas ; *vous trouverez du glucose dans l'urine après le repas et pas le matin*.

Du côté du *rein*, il y a deux retentissements principaux. Le premier, c'est l'*albuminurie dyspeptique*. Je crois qu'elle tient à ce que une certaine quantité des albumines de l'alimentation n'ont pas été transformées par l'acide chlorydrique. Dans le contenu gastrique de ces malades on trouve toujours une assez grande quantité d'albumine libre. Elle se manifeste aussi en ce sens qu'elle n'existe pas en dehors des repas et qu'on ne la trouve qu'à la suite de ceux-ci. Le matin à jeun, si on a eu soin de faire uriner le malade vers minuit, il n'y en a pas.

Un autre mode de retentissement du côté des voies urinaires, c'est une *émission urinaire laiteuse*. Les malades vont d'abord consulter des spécialistes des voies urinaires et se plaignent d'avoir des urines laiteuses, émises quelquefois d'une façon douloureuse. Au commencement de la miction l'urine est claire et à la fin, elle est laiteuse. Cette complication provient de la très grande secrétion d'acide chlorydrique formée dans l'estomac, aux dépens du chlorure de sodium ; elle laisse en liberté de la soude qui alcalinise les urines et précipite les phosphates terreux.

Chose curieuse, ces malades-là ne souffrent presque pas de l'estomac.

Je passe rapidement sur les autres modes de rentissement. Les *retentissements cardiaques* qui sont très intéressants, se manifestent tantôt par de la bradycardie, tantôt par de la tachycardie, tantôt par des palpitations survenant en véritables crises. Ces manifestations-là sont tantôt d'origine mécanique : l'estomac très distendu soulève le diaphragme qui vient gêner le fonctionnement du cœur ; elles se produisent aussi par une action réflexe exercée sur le nerf pneumogastrique.

Les retentissements nerveux sont extrêmement nombreux, et beaucoup de sujets classés comme neurasthéniques sont de simples dyspeptiques. Le vertige est une conséquence de cette maladie ; le vertige qui est une affection d'apparence si rebelle peut être guéri par un traitement gastrique en moins de vingt jours.

J'ai observé des cas où les malades avaient des *phénomènes psychiques* tantôt isolés, tantôt réunis, qui ont bien vite guéri sous l'influence d'un traitement dyspeptique ; de même pour certains troubles de la vision. Le malade voit devant ses yeux un objet au centre duquel il y a un trou noir, ou bien il voit un objet dont il n'aperçoit pas le contour. Il va trouver un spécialiste qui examine ses yeux et les trouve en bon état. A côté de ces scotômes, prend place la migraine ophtalmique avec ses formes si diverses, qui est 80 fois sur 100 la conséquence de troubles gastriques.

VII

Messieurs, l'intérêt de cette classification et de ce que je viens de vous dire, c'est un intérêt pratique et thérapeutique car, le fait, pour vous, médecins qui faites un diagnostic, de placer tel malade dans telle catégorie, déclanche immédiatement le sens du traitement. Bien entendu il y a des traitements communs à tous : l'alimentation bien réglée, les repas réguliers, une bonne mastification, c'est pour tous les dyspeptiques ; mais je vous répète que le fait de classer un malade dans une catégorie vous indique immédiatement le traitement que vous avez à faire.

Vous avez un *dyspeptique hypersthénique ou hyperfonctionnel*, tout le régime devra être dirigé du côté de la sédation ; c'est le régime qui réclamera le moins de travail de la part de l'estomac : ce n'est donc pas le régime carné, c'est un régime mixte, surtout végétarien, dans lequel les aliments animaux interviennent dans une faible mesure, dans une proportion par exemple d'un quart. Quant au traitement sédatif, c'est celui qui essaie de calmer les différents organes excités de l'estomac.

Il faut des *modérateurs sécrétoires*, c'est-à-dire la belladone et l'atropine. Il faut des modérateurs reflexes, c'est à dire le ménispermum et le veratrum viride. Il faut des *modérateurs de la sensibilité*, les opiacés. Il faut des *modérateurs vasculaires*, c'est-à-dire des agents qui puissent faire contracter les vaisseaux et empêcher un afflux considérable de sang dans les glandes. Ces différents agents peuvent s'associer.

Quand vous avez donné, avant les repas, une de ces préparations destinées à modérer la secrétion, la circulation, etc... le but n'est pas encore réalisé, d'une façon immédiate : il faut saturer avec des poudres formées de magnésie, de carbonate de chaux et de bicarbonate de soude. Quand vient la crise gastrique, il faut faire un traitement occasionnel qui est un traitement de secours ; il faut saturer largement, en ayant soin d'ajouter à la préparation saturante de magnésie, de craie, de bicarbonate de soude une petite quantité de sous nitrate de bismuth et un agent ayant une action sur les nerfs splanchniques, la codéine. L'hygiène de l'hypersthénie gastrique : c'est l'hygiène intellectuelle, morale et physique. Comme boisson, c'est l'eau pure la moins chargée possible en éléments minéraux, l'eau d'Evian par exemple.

Comme cures balnéaires, les cures sédatives, la sédation partout. Alors, pas d'eau en boisson, toutes les eaux minérales, même les plus inertes sont toujours plus ou moins excitantes, mais la cure balnéaire, comme la cure de Plombières ou de Néris.

Dans la *dyspepsie hypofonctionnelle*, tout doit s'inspirer de l'excitation. Il ne faut pas essayer d'ajouter à un estomac qui ne sécrète pas, de l'acide chlorydrique ou des ferments ; cela servira à endormir davantage les glandes qui sécrétaient cet acide chlorydrique et ces ferments. Il faut, au contraire, stimuler l'estomac pour activer ses facultés sécrétoires motrices et ne pas les endormir en donnant les acides et les ferments tout préparés. Pour stimuler un estomac, il faut des boissons très chaudes. On donnera des amers comme le quassia amara, comme l'infusion de trèfle d'eau, comme les eaux alcalines à très faible dose, qui ont pour propriété de stimuler la secrétion acide. A côté de cette stimulation, il faut relever l'activité musculaire avec la strychnine, les teintures de noix vomique et de fèves

de St-Ignace, et à l'aide d'une vieille préparation qui porte le nom d'élixir de Gendrin. Il y une préparation que j'emploie beaucoup et qui a pour but de stimuler tous les éléments de la sécrétion gastrique ; elle contient une très petite quantité de sulfate de potasse et de nitrate de potasse, associée à la poudre de noix vomique et au carbonate de chaux.

De même pour l'hygiène, au lieu de conseiller l'hygiène sédative que vous ordonniez dans le premier cas, il faut faire du mouvement. Comme nourriture, il ne faut pas de féculents qui n'augmentent pas la secrétion gastrique ; ce sera le régime avec des éléments animaux adaptés aux possibilités de l'estomac. Comme eaux minérales, les eaux de Vichy, les eaux alcalines qui *stimulent les secrétions acides*. Voyez combien le problème est simple et combien le traitement des *dyspepsies s'éclaire*.

Pour les dyspepsies par fermentations, il faut remédier à leurs conditions génératrices : l'abondance trop grande d'aliments que l'on réduira à la capacité de l'estomac. Les aliments fermentescibles *sont à supprimer complètement*. Que les aliments soient bien cuits. Remédier à la mauvaise mastication, combattre la stase gastrique. Comment peut-on remédier à la stase ? Par les amers, les boissons très chaudes, l'électrisation.

Il faut réaliser l'antisepsie stomacale ; or, la meilleure antisepsie, c'est l'antisepsie mécanique. Tout ce qui fait évacuer : les vomitifs, un gramme 50 d'ipéca, une fois par semaine par exemple, les purgatifs, afin de débarrasser le contenu intestinal et de permettre le libre départ du chyme et, dans des cas exceptionnels, le lavage de l'estomac, comme un traitement d'exception.

L'antisepsie directe à l'aide du naphtol, du benzonaphtol et de tous les autres produits de même ordre, n'a aucune valeur, elle est nuisible. Je le répète d'une façon absolue et voici pourquoi : *si vous voulez* réaliser l'antisepsie de l'estomac, il faut de grandes doses médicamenteuses. Or, lorsqu'un antiseptique est employé à grande dose, il arrête la digestion et ceci seul suffit à le faire condamner. Mais, on peut faire de l'antisepsie indirecte qui touche dans une certaine mesure aux ferments insalubles sans toucher aux ferments salubres. Essayez le fluorure d'ammonium qui arrête la fermentation lactique. Cette propriété fut découverte, il y a quelques années, par un chimiste belge, M. Effrout, qui interrogé par un fabricant d'alcool sur le fait que la fermentation lactique se produisait dans un bassin où fermentaient les matières sucrées, ce qui faisait perdre une certaine quantité d'alcool, est parvenu à empêcher la fermentation lactique par l'emploi de doses minimes de fluorure d'ammonium et a permis un meilleur rendement de fermentation. On l'emploie à dose extrêmement faible : un centigramme ou un 1/2 centigramme par repas, en dissolution dans l'eau. Il y a aussi un autre produit : c'est l'iodure double de bismuth et de cinchonidine, insoluble dans les acides, mais décomposé par les alcalins avec mise en liberté d'iode à l'état naissant ; il y a aussi le soufre iodé, découvert par mon collègue M. Prunier, qui a des propriétés antiseptiques puissantes et enfin le soufre colloïdal ou thioxhydrol.

Dans le cadre que je viens de vous tracer, il faut créer des subdivisions dans lesquelles viendront prendre place tous les cas que vous rencontrerez dans la pratique. Vous aurez à tenir compte de la susceptibilité individuelle. Il y a des sujets qui ont la muqueuse stomacale extrêmement sensible ; chez d'autres malades, vous aurez des retentissements comme quelques-uns de ceux que je vous ai rapidement signalés tout à l'heure. Vous serez obligés de modifier souvent le traitement. Avec un peu de pratique, les difficultés seront bien vite surmontées et vous arriverez bien vite à vous convaincre que les maladies d'estomac sont les plus simples de la pathologie et les plus accessibles à une thérapeutique efficace.

FAITS CLINIQUES

Pleurésie purulente surabondante chez un tuberculeux. Ouverture spontanée externe de la plèvre. Pleurotomie régularisatrice. Amélioration.

Par le médecin-major G. Duchesne.

Quelle est la contenance maxima d'une plèvre enflammée, siège d'un épanchement ? Si l'on consulte les auteurs, on constate qu'ils indiquent généralement 4 litres 5 litres très exceptionnellement.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans mon service de l'hôpital n° 294, un malade atteint d'une pleurésie, et dont l'épanchement atteignait, à son entrée, le volume d'au moins 6 litres.

Qui plus est, cet épanchement était purulent.

Cet exemple remarquable d'une pareille tolérance organique m'a paru devoir être tellement rare, dans les Annales de la science, que je me décide à le publier. Il offre en outre un autre intérêt, tenant à l'évolution, également rare, de cette pleurésie, qui s'est finalement terminée par une amélioration du sujet telle, qu'il a pu quitter l'hôpital et supporter un voyage de plus de 500 kilomètres pour se rendre dans son pays natal.

Observation. — Paul S...., réformé n° 1, entre à l'hôpital, salle Robert Duchesne, le 10 novembre 1917.

Antécédents héréditaires : Son père est mort à 74 ans de vieillesse. Sa mère est vivante et bien portante, ainsi que ses deux frères et sa sœur.

Personnellement, il est âgé de 41 ans, et n'avait jamais été malade, avant l'apparition de l'affection qui a motivé sa réforme.

Mobilisé le 11 août 1914, il part aux armées sur sa demande, est blessé le 7 septembre 1914 et évacué sur l'intérieur le 5 octobre. Il repart au front le 25 octobre 1914.

Il commence à tousser en septembre 1915, présente de légères hémoptysies et s'amaigrit progressivement.

Blessé de nouveau en décembre 1915, il est évacué sur l'intérieur en mars 1916, et réformé n° 1, le 19 avril suivant pour tuberculose pulmonaire ouverte (crachats bacillifères). Il se retire alors dans l'Aveyron où il séjourne neuf mois, et revient à M...., en juin 1917.

En septembre, son état s'aggrave. Il se plaint de points de côté bilatéraux, d'étouffements. L'amaigrissement augmente et aboutit à un véritable état cachectique.

A son entrée à l'hôpital, il est d'une maigreur squelettique, qui met en évidence une augmentation de volume considérable de l'abdomen, pouvant faire croire, à un examen superficiel, à la présence d'une ascite abondante. Il présente une température élevée et de la cyanose, voisine de l'asphyxie, qui commande une action énergique immédiate.

Mon assistant, le médecin aide-major Monteilhet, ayant rapidement constaté l'existence d'une pleurésie gauche d'une telle abondance qu'elle a déplacé tous les organes, envahi le médiatin, refoulé en masse le diaphragme, le foie et les viscères abdominaux, ce qui explique l'aspect du ventre, pratique une ponction d'urgence et évacue **5 litres 1/2** de pus verdâtre, fluide, assez bien lié, sans odeur.

La ponction, précédée d'une injection sous-cutanée de 0.25 de caféine, est bien supportée.

A ma visite, le lendemain matin, je trouve des signes d'induration du sommet droit avec craquements légers.

Le poumon gauche comprimé par l'épanchement, ne respire qu'au quart supérieur de l'hémithorax. La respiration est rude, soufflante.

Le cœur, déplacé en masse, bat de la pointe *dans le 6e espace intercostal droit, à un centimètre en dedans du mamelon droit.*

La température s'est abaissée ; l'état général, bien que précaire, ne semble pas cependant inquiétant. S..., demande à manger.

Le 13 novembre, la fièvre s'allume de nouveau, en même temps que le malade se plaint de souffrir à la base de l'hémithorax gauche, en arrière, où je découvre une tuméfaction douloureuse grande comme une paume de main.

Les jours suivants, cette tuméfaction augmente, rougit, devient fluctuante..

Je l'incise profondément le 19, et j'évacue un verre de pus crémeux et louable.

Drainage et pansement antiseptique.

Chute de la température.

Le 24 novembre, au cours du pansement, le *malade est pris d'une quinte de toux, qui le secoue* fortement. Dans une secousse de cette toux, un flot de pus semblable au liquide de la première *ponction jaillit brusquement à travers l'incision* de l'abcès où une communication vient de s'établir spontanément entre la cavité pleurale et l'extérieur.

J'évacue S...., le même jour sur un service de chirurgie où la pleurotomie est pratiquée dans les règles habituelles.

Il rentre de nouveau dans ma formation le 23 février 1918, porteur d'une fistule pleurale par laquelle la cavité est drainée dans les formes classiques.

Son état général s'est transformé ; il a considérablement engraissé, et présente seulement de temps en temps de petites poussées thermiques vespérales.

L'amélioration s'accentue lentement, mais progressivement ; la cavité pleurale a tendance à se tarir ; le drain peut être peu à peu raccourci.

Le malade sort de l'hôpital le 5 juin 1918, pour aller achever de se rétablir dans son pays natal.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est d'abord, ainsi que je l'écrivais au début, l'abondance exceptionnellement considérable de l'épanchement purulent pleurétique.

C'est, ensuite, que le malade, après l'avoir ainsi supporté jusqu'aux plus extrêmes limites de sa résistance, ait toléré, sans réaction vive et inquiétante, l'évacuation immédiate presque complète de sa plèvre.

Si j'étais intervenu, à la place de mon assistant, j'aurais hésité à vider aussi complètement, et aussi rapidement sa cavité pleurale.

Ayant paré au danger de l'asphyxie menaçante, j'aurais pensé sans doute à faire pratiquer secondairement l'opération de l'empyème.

Comment maintenant expliquer la formation de l'abcès qui est apparu à la base de l'hémithorax 3 jours après la ponction, celle-ci située dans le 8e espace, c'est-à-dire sensiblement plus haut? Abcès chaud, je le répète, contenant un pus très franc et très lié.

Faut-il incriminer la ponction elle-même, pratiquée dans des conditions qui n'auraient pas été suffisamment aseptiques et telles qu'une infection exogène, partie de l'orifice cutané créé par le trocart, se serait venue localiser quelques centimètres plus bas ? C'est possible et même probable.

Peut-être pourrait-on cependant émettre l'hypothèse d'une infection endogène, quelques fines gouttelettes de pus pleural ayant pu s'infiltrer au niveau de l'orifice de la ponction, entre la peau et le plan musculo-osseux sous-jacent, pour venir, à la partie la plus déclive, allumer l'inflammation de ce qui restait du tissu cellulaire, chez un sujet cachectisé au dernier degré.

Quoiqu'il en soit, et c'est le 4e point curieux de cette histoire clinique, cet abcès superficiel a ouvert la voie à l'empyème lui-même, qui, à la faveur des secousses répétées de toux, s'est fait jour vers l'extérieur à travers une paroi considérablement amincie, composée d'une plèvre friable, et d'un muscle intercostal réduit, par la cachexie, à quelques fibres peu résistantes.

Je regrette de n'avoir pu faire pratiquer l'examen bactériologique des deux pus, les moyens me manquant ; je puis affirmer toutefois que leur aspect macroscopique ne me semblent pas avoir pu me laisser le moindre doute sur leur nature respective.

Pour terminer, je ne puis m'empêcher d'admirer la façon dont, à travers tant de vicissitudes, s'est comporté un organisme que tout paraissait condamner à une mort prochaine, et qui, trompant le pronostic le plus sombre et le plus probable, a triomphé des attaques sévères dont il était l'objet et s'est acheminé vers un état d'amélioration déconcertant, au point de vue scientifique, mais dont finalement le malade n'a pu que se féliciter.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie mécanique des maladies contagieuses. — Nouvelle méthode de traitement post-opératoire des évidés pétro-mastoïdiens. — Rôle de l'air expiré dans la transmission des maladies épidémiques. — Le liquide céphalo-rachidien dans la sciatique. — Le Sodoku : constatation de spirochètes dans le sang. — Influence de l'âge sur la fréquence des maladies contagieuses dans l'armée. —

MM. Vincent et Lochon font à l'*Académie de médecine* une communication sur *la prophylaxie mécanique des maladies contagieuses et de la grippe en particulier.*

Si l'on place une plaque de gélose à dix ou vingt centimètres de la bouche d'un homme qui parle, ou d'un grippé qui tousse ou éternue, la plaque se charge rapidement de colonies microbiennes nombreuses. Après deux minutes de parole, la culture sur gélose donne en moyenne 209 colonies ; après 5 minutes, 640 colonies. La toux projette évidemment un nombre de microbes beaucoup plus élevé. Trois ou quatre accès de toux provenant de malades atteints de grippe donnent à l'enregistrement sur la plaque de gélose de 250 à 300 colonies aérobies.

M. Vincent conclut de là que, pour nombre de maladies contagieuses et pour la grippe en particulier, le rôle de l'infection aérienne est prépondérant. Pour s'en protéger, les médecins américains ont employé dans leurs salles de malades, des bandeaux de gaze protectrice fixés devant le nez et la bouche, comme l'est le masque du chirurgien ou le voile de la femme arabe. Au simple bandeau bucco-nasal (qui ne protège pas les yeux et s'applique mal sur les ailes du nez), M. Vincent préfère le masque, qui enveloppe complètement la tête : il recommande une sorte de cagoule reposant sur un cadre léger. Cinq épaisseurs de gaze semblent suffisantes pour arrêter la majorité des agents microbiens.

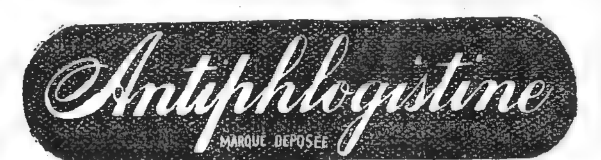
M. Vincent estime que le masque cagoule en question est indiqué pour la prévention hospitalière ou familiale de la grippe et d'autres maladies contagieuses, rougeole, scarlatine, oreillons, coqueluche, diphtérie, méningite cérébro-spinale, etc.

— M. Daure lit à l'*Académie de médecine* une note intitulée : *nouvelle méthode de traitement post-opératoire des évidés pétro-mastoïdiens.*

M. Daure préconise, dans le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien, une nouvelle méthode basée sur des recherches remontant à une année.

Il présente 10 cas qu'il a opérés et chez lesquels l'épidermisation a pu être obtenue très


FORMAT 1
Antiphlogistine
GLYCÉROPLASME HYDROTHÉ
B. TILLIER, PHARMACIEN
PRIX 2 FRANCS


Antiphlogistine
MARQUE DÉPOSÉE

rapidement en un temps moyen de cinq semaines, parfois moins. Des moulages de plâtre montrent les excellents résultats obtenus.

Cette méthode consiste à remplacer la mèche habituellement usitée dans les pansements, par une matière isolante aseptique, à base de paraffine. Dans certains cas, la méthode de Carrel, simplifiée par l'appareil auto-déverseur de l'auteur, est employée préalablement.

— M. TRILLAT fait à l'*Académie de médecine* une lecture sur le *rôle de l'air expiré dans la transmission des épidémies.*

L'atmosphère d'un appartement, dans des conditions déterminées de confinement, de température et d'humidité, joue, dans la transmission des maladies contagieuses (de la grippe, par exemple) un rôle non seulement de transport, mais aussi de multiplication des microbes. On conçoit l'importance, dans ces conditions, de l'évacuation des buées respiratoires des chambres de malades et des lieux d'agglomération. On peut l'obtenir soit par des *courants d'air appropriés*, soit par l'emploi de surfaces refroidissantes, soit par des appareils d'aspiration. Les anciennes pratiques de fumigation et de désodorisation ne sont pas non plus à rejeter. Les objets et surtout les vêtements peuvent aussi servir d'agents de propagation à distance de l'épidémie, et même servir de terrain de culture aux microbes. L'*exposition au soleil, à l'air sec*, à une source de chaleur, des vêtements, est dès lors à recommander.

— MM. SICARD et H. ROGER communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur *le liquide céphalo-rachidien dans la sciatique normale.*

MM. Sicard et Roger concluent de leur travail que la sciatique ordinaire n'est pas d'origine syphilitique, mais ressortit au groupe des affections dites arthritiques ou rhumatismales.

La sciatique haute ne reconnaît pas une pathogénie radiculaire ou intra-méningée, mais bien une pathogénie extra-méningée, funiculaire, au niveau du trou de conjugaison.

La sciatique médiane ou basse est sous la dépendance d'une névrodocite, soit du tronc sciatique, soit des nerfs poplités interne ou externe.

Un fait important se dégage de cette étude. Dans toute algie du membre inférieur du type sciatique, quand l'affection se prolonge ou se montre rebelle à toute thérapeutique normale, l'étude du liquide céphalo-rachidien s'impose. Une proportion élevée d'albumine ou de cellules, à plus forte raison une réaction de Bordet-Wassermann positive implique qu'il ne s'agit pas d'une sciatique ordinaire mais d'une *para-sciatique* (sciatique par lésion radiculaire ou compression vertébrale, tuberculose, syphilis néoplasme, etc.). A l'étape du début, la symptomatologie peut se présenter dans les deux groupes avec la même allure clinique.

On comprend que le pronostic et le traitement de la sciatique vulgaire et des para-sciatiques soient essentiellement différents, et c'est au liquide céphalo-rachidien qu'il faudra demander la réponse diagnostique.

— MM. COSTA et TROISIER rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un nouveau cas de *Sodoku (fièvre par morsure de rat) avec constatation de spirochètes à l'examen direct du sang.*

Chez leur malade, MM. Costa et Troisier ont pu déceler, dans le sang, par coloration directe, deux spirochètes typiques, l'un douze heures après le début de la cinquième poussée thermique, l'autre le second jour de la sixième vague fébrile. Ces deux spirochètes étaient longs de 3 μ environ, facilement colorables.

Le sodoku apparaît ainsi à MM. Costa et Troisier, ainsi qu'aux auteurs japonais, comme une spirochétose fébrile dont l'agent pathogène est inoculé par la morsure du rat.

— M. NOBÉCOURT lit à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur *l'influence de l'âge sur la fréquence des maladies contagieuses dans l'armée.*

Rares pendant les six premiers mois et même pendant la première année de la vie, les principales maladies contagieuses sont surtout fréquentes chez les enfants, les jeunes gens et les adultes jeunes. Elles deviennent ensuite moins communes, bien qu'elles puissent apparaître chez les vieillards eux-mêmes.

Dans l'armée, qui compte actuellement des hommes de 19 à 45 ans et plus, les maladies contagieuses sont également surtout répandues parmi les sujets jeunes.

Comme tous ces hommes vivent en agglomération, comme ils sont exposés aux mêmes contagions, il est légitime d'admettre une réceptivité spéciale chez les jeunes, une immunité chez les autres. Cette immunité résulte soit des modifications que subit l'organisme au cours des années, soit d'atteintes antérieures — cette dernière distinction étant difficile à résoudre.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Périodes critiques et âges de transition

Croissance ou déclin, instauration ou cessation de la fonction reproductrice, autant d'épreuves évidentes pour l'organisme. L'adynamie des âges extrêmes, la débilité infantile ou sénile, les malaises de la puberté et de la ménopause, marquent les grandes oscillations de l'équilibre

✦✦

vital. Physiologiquement elles correspondent à de vraies crises métaboliques et traduisent les écarts d'une nutrition devenue — qualitativement et quantitativement — insuffisante en éléments régénérateurs, notamment en phosphore et en fer.

C'est pourquoi à ces crises organiques on oppose couramment soit une médication phosphorée, soit une médication martiale, ou même les deux combinées. Si, jusqu'à ce jour, les résultats en ont été trop variables et trop inconstants, il faut l'attribuer à la difficulté qu'éprouve le praticien à mettre la main sur un phosphate réellement assimilable et sur un ferrugineux exempt de reproche, et surtout à trouver ces deux éléments thérapeutiques essentiels associés en un complexus synergique. Cette difficulté, cependant, a trouvé sa solution en deux étapes : il y a une douzaine d'années par la création de la phytine (anhydro-oxyméthylènediphosphate de chaux et de magnésie), dont on sait les applications désormais classiques ; tout récemment par la création de la *Ferrophytine* (1), sel ferrique neutre de l'acide anhydro-oxyméthylène diphosphorique à l'état colloïdal.

La phytine avait déjà fait ses preuves dans le rachitisme (Cf. G. Lyon, *Clin. Thér.* p. 1661) ; aussi ostéogénique et plus réparatrice des éléments nobles du sang, la Ferrophytine enraye l'ostéocie, ainsi que l'anémie de croissance, et permet de lutter très efficacement contre la débilitation de l'organisme.

L'asthénie musculaire et nerveuse des vieillards, expression d'un état oligénique, sera aussi très favorablement influencée par la Ferrophytine, qui, retardant la dégénérescence des éléments nobles du foie et du cerveau, si rapide chez les anciens névropathes au tournant de la soixantaine, apportera aux fonctions de défense alanguies une stimulation salutaire.

La femme enfin, retirera grand bénéfice de cette médication aux diverses phases de sa vie génitale : nubilité s'établissant sans dysménorrhée ni chlorose, grossesse et allaitement sans déminéralisation ni anémie, ménopause s'effectuant sans à-coups pour la santé générale.

(1) La Ferrophytine est fabriquée par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand à Lyon, qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude radiographique et au repérage des esquilles intracraniennes, par R. Pecker in *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, juillet 1918.

L'examen radiologique d'un blessé du crâne doit pouvoir non seulement poser le diagnostic de brèche osseuse, mais encore préciser la présence des esquilles et leur siège anatomique.

La radiographie ne peut répondre à ces questions et c'est à la plaque radiographique que nous nous adressons. Aussi faut-il pour la prise du cliché réaliser certaines conditions que nous allons étudier.

Immobilité absolue. — Beclère préconise l'injection de scopolamine-morphine ; puis fixation du crâne soit au moyen d'écharpes (procédé de Jangeas), soit au moyen d'une caissette à double-fond, dans laquelle le blessé engage la tête par une des faces échancrées, les trois autres faces portent des tampons compresseurs. Une fois l'immobilisation obtenue on introduit la plaque dans le double fond (procédé de l'auteur).

Orientation des clichés. — Profil en centrant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique antéro-postérieure ou frontale : le rayon normal passant verticalement et parallèlement au plan des pôles.

Hauteur de l'ampoule. Poses. — Pour éviter de trop grandes déformations, pour pouvoir superposer le cliché obtenu à des calques, nous avons adopté une distance anticathode plaque de 65 cm. Les temps de poses calculés d'après la formule de Beauprez nous ont donné : pour un profil (16 cm. environ) 275" pour un milli. et pour un rayonnement 7. Pour une face dans les mêmes conditions 475".

Les écrans renforçateurs ne pourront être employés qu'après mesure de leur pouvoir renforçateur.

Radio-stéréographie. — Procédé de choix, procédé rapide puisqu'il ne nécessite l'immobilisation du blessé que dans une seule attitude, et interprétation plus facile.

Interprétation. — Il importe d'établir avant tout le diagnostic différentiel entre l'esquille et le corps étranger métallique ; en faveur de celui-ci opacité plus marquée et coutours plus nets.

Plus difficile est le diagnostic entre l'esquille et certaines images normales ; il est nécessaire pour l'établir de connaître les études de MM. Villandre sur les radiographies craniennes.

Une fois la présence de l'esquille confirmée il faut la situer anatomiquement : grâce au repérage des régions les plus importantes du cerveau par des fils de plomb, on peut sur une vue de profil trouver le plan qui contient l'esquille et déterminer grâce à la vue frontale sur la coupe intéressée la profondeur de l'esquille et partant ses rapports anatomiques.

Au cas où dans un premier temps opératoire l'extraction des esquilles n'aurait pu être faite, on peut laisser en place un fil d'argent, et sur deux nouveaux clichés étudier les rapports réciproques du fil directeur et des esquilles.

NOTES DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Que pouvons-nous contre la grippe ? (1)

1° PROPHYLAXIE : a) *Individuelle : gargariser* 3 à 4 fois par jour avec :

Acide salicylique.........	0 gr. 50
Goménol................	0 gr. 75
Teinture de citron........	20 gr.
Alcool de cochléaria......	90 gr.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau à 40°.

Renifler le même mélange dans les mêmes proportions.

Au coucher :
Introduire dans chaque narine :

Goménol................	0 gr. 50
Menthol.................	0 gr. 05
Vaseline camphrée.......	30 gr.

b) *Familiale* : L'isolement est tout à fait relatif. Interdire surtout l'accès de la chambre aux jeunes.

(1) Lire la très bonne description donnée par Noël Fiessinger, dans le *Journal des Praticiens*, 12 octobre 1918.

c) *Sociale* : ne pas licencier les lycées ou collèges : *ce serait disséminer la contagion.* L'isolement peut et doit être ici rigoureusement établi : fumigations avec eucalyptol, gaïacol, teinture de benjoin, dans les dortoirs et salles d'études.

2° *Traitement* : dans la forme *bénigne*, les gargarismes, les stimulants diffusibles, le champagne, les boissons chaudes alcoolisées suffisent ; *ne pas omettre les diurétiques.*

Dans la forme *grave*, presque toujours survenue, (au moins dans les 60 cas que nous avons suivis) après une accalmie trompeuse, à peine a-t-on le temps de procéder à une médication énergique...

a) Injections matin et soir d'huile camphrée éthérée :

Huile camphrée............	10 gr.
Ether.....................	1 gr.

10 *cmc. chaque fois.* (Les colloïdaux nous ont paru être inconstants) ;

b) *Abcès de fixation* 2 à 3 cmc. de térébenthine. L'abcès qui n'a pas évolué en 48 heures nous paraît d'un pronostic fatal ;

c) 60 *ventouses* par 24 heures. Si la cyanose apparaît, ne pas hésiter soit à scarifier, soit,

mieux encore, à pratiquer une copieuse saignée ;

d) *Vésicatoires*, le 4e jour, malgré la légère albuminurie présentée par 80 0/0 de nos malades ;

e) Si l'évolution de la maladie le permet :

1o Alterner, chaque deux heures.

Potion :

Acétate d'Az2H4..........	10 gr.
Potion de Todd au quina....	180 gr.

Une cuillerée à potage.

avec cachets :

2o Camphre...............	ââ 0 gr.05
Caféine................	
Cryogénine............	ââ 0 gr. 10
Pyramidon............	
Quiquina rouge pulvérisé	0 gr. 30

Pour un cachet no 20.

3o Dès le 8e ou 10e jour, à la chute de la fièvre, une cuillerée à potage, chaque 3 heures, de :

Solution d'adrénaline au 1.000e.	0 gr. 50
Eau..........................	120 gr.

Dr R. Molinéry.

CORRESPONDANCE

L'insigne des blessés.

Voudriez-vous me dire si j'ai droit à porter l'insigne des réformés de guerre ;

J'étais médecin de l'active en non activité et rappelé à la mobilisation. J'ai été réformé une première fois et, mes papiers s'étant perdus, reréformé en 1918. J'ai été réformé no 1 (avec solde de réforme pour nous autres de l'active pendant la moitié du temps de service accompli), mais cela correspond, pour les complémentaires, à la réforme no 2.

Si oui, avec quelle étoile ?

Dr L.

Réponse.

Si l'affection qui a motivé votre réforme a été contractée ou aggravée au cours des opérations militaires ou dans le service, vous avez, selon nous, droit à l'insigne des blessés, avec étoile émaillée rouge.

Adressez une demande à la Direction du Service de Santé dont vous dépendiez au moment de votre réforme, en y joignant une pièce authentique (billet d'hôpital par exemple), constatant l'imputabilité ou l'aggravation.

Les congés avec solde des médecins.

Peut-on obtenir plus de six mois de congé de convalescence, consécutifs ?

Ou bien pour la même affection, peut-on obtenir plus de six mois de congé de convalescence à condition de faire au bout du 6e mois par exemple, ou dans l'intervalle, des séjours dans les hôpitaux ?

Au bout du 6e mois de congé de convalescence, peut-on, après un séjour dans un hôpital, obtenir à nouveau un congé de convalescence, ou alors est-on proposé pour la réforme ou le hors cadres.

La réforme avec pension pour maladie contractée en service aux armées, existe-elle pour les officiers de complément.

Ou bien, en attendant que la loi à ce sujet soit votée, peut-on être mis en congé successif avec solde (et pendant combien de mois) ou hors cadres.

Le hors cadres comporte-t-il 1/2 solde et cette 1/2 solde s'applique-t-elle uniquement à la solde mensuelle et non aux indemnités diverses ; c'est-à-dire un aide-major de 1re cl. h. c. touchera-t-il 301 fr. 5 divisé par 2, plus la totalité des indemnités, 150 fr. par an par enfant, plus 2 fr. 90 par jour d'indemnité de cherté de vie.

Il s'agit, bien entendu, d'une affection contractée en service commandé pendant plus d'un d'un an de séjour dans une unité combattante.

Réponse.

Les officiers de complément du service de Santé, inaptes à tout service, du fait d'infirmités, ne présentant pas les caractères de gravité et d'incurabilité susceptibles d'ouvrir des droits à la pension de retraite, devront être maintenus en activité et placés dans la position de congé, avec solde de présence ou d'absence dans les conditions fixées par le décret du 1er janvier 1915, non seulement lorsqu'ils auront été évacués des armées, mais aussi lorsqu'ils auront contracté, même à l'intérieur, une maladie contagieuse en service commandé, soit auprès des malades, soit en procédant à un examen de laboratoire.

(Art. 236 à 239 de l'Instruction ministérielle, n° 23.499 K. du 5 septembre 1917).

Les troubles de l'acuité visuelle et les différentes aptitudes.

Abonné à votre journal, je me permets de solliciter votre avis sur mon cas militaire.

Classe 1901, mobilisé en août 14, aux armées jusqu'en février 1916. Evacué à cette date sur M..., pour une affection oculaire ancienne et aggravée par *le séjour au front.*

Après congé de convalescence, déclaré par Commission spéciale *inapte définitif*, puis, après suppression de cette catégorie, nommé *inapte temporaire*, puis *apte restreint* jusqu'en juillet 1918.

Vers cette date, alors que j'étais régulièrement permissionnaire en France, la même Commission, sans m'avoir vu — puisque *j'étais régulièrement absent* — m'a déclaré APTE.

Bien entendu, je ne comprends rien à cette brusque mutation, à moins qu'il n'y ait des décisions ministérielles récentes qui l'exigent.

Voici le diagnostic de mon affection :

O D : Astigmatisme et myopie légère. V = 0,3. Après correction par verre, V = 0,8. O G : Myopie forte progressive, 30 dioptries, staphylome postérieur. Chorio-rétinite maculaire. V = 0.

Je vous serais donc obligé de vouloir bien me donner vos conseils, me dire si mon droit est bien établi et si je puis faire au sous-secrétaire d'Etat une réclamation (par voie hiérarchique bien entendu) avec espoir de changement de la situation faite.

Dr B.

Réponse.

La notice sur l'aptitude physique précise les conditions d'acuité visuelle compatibles avec le service armé et auxiliaire.

Pour la myopie, un trouble de réfraction inférieur ou égal à 8 D, motive le classement dans le service armé, si après correction par des verres appropriés, l'acuité visuelle est ramenée à plus d'un 1/2 d'un côté et 1/20e de l'autre, et dans le service auxiliaire, si cette même acuité est supérieure ou égale à 1/4 d'un côté et inférieure à 1/20e ou même nulle de l'autre côté. Une réfraction supérieure à 8 D entraîne le classement dans le service auxiliaire, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée à un même degré d'un quart au moins d'un côté et de 1/20e au plus de l'autre.

Ceci étant, votre cas particulier nous paraît devoir motiver votre classement comme *apte restreint*.

Informez-vous donc exactement de votre position, et si vous avez été déclaré *apte complet* surtout hors de votre présence, demandez une nouvelle expertise médicale, et au besoin, adressez-vous hiérarchiquement au ministre, pour appeler son attention sur votre cas.

Les médecins, pères de cinq enfants.

Dans la lettre adressée le 15 août à M. le Sous-Secrétaire d'Etat à l'occasion de l'appel de la classe 20 et de la libération des vieilles

classes, la Direction du *Concours médical* semble oublier une catégorie de médecins, peu nombreuse il est vrai, mais non moins intéressante : les médecins pères de cinq enfants.

Dans la discussion qui a eu lieu à la Chambre, les députés ont pourtant unanimement approuvé et même applaudi le Ministre quand il a dit qu'il assimilerait les hommes pères de cinq enfants aux hommes des vieilles classes, quelle que soit leur classe, et qu'il les libérerait en même temps qu'eux.

Des mesures bienveillantes (mise en congé sans solde, il nous semble) ont déjà été prises en faveur des médecins pères de six enfants, par analogie avec les mesures prises à l'égard des soldats et cela, *quelle que soit leur classe également*.

Maintenant que les mesures prises en faveur des pères de six enfants vont s'étendre aux pères de cinq, ne croyez-vous qu'il y aurait lieu, qu'il serait opportun d'attirer l'attention du Ministre sur une catégorie de médecins qui n'a guère été favorisée jusqu'ici (ceux de 35 à 40 ans surtout...)

Dans l'espoir que vous voudrez bien examiner avec intérêt notre situation et la soumettre aux autorités compétentes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Rédacteur et cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Dr R... Dr C...

L'indemnité de cherté de vie n'est pas allouée aux permissionnaires.

Mon mari, le Docteur M..., mobilisé aux armées, me prie de vous demander s'il n'a pas droit à l'indemnité de 2 fr. 50 par jour, à Paris, pendant les permissions de détente ?

Jusqu'à présent, on refuse de lui payer.

Mme M...

Réponse.

L'indemnité de cherté de vie allouée dans une place n'est perçue que par les militaires qui ont une affectation dans cette place, aussi bien en position d'absence régulière que de présence. Pour toucher l'indemnité journalière de 2 fr. 50, allouée dans le Camp retranché de Paris, un médecin doit y être affecté régulièrement à un des corps, dépôts ou services qui appartiennent à ce camp retranché.

Ne pourrait-on pas encourager la repopulation ?

Nous recevons de la femme d'un confrère la lettre suivante sur laquelle nous attirons l'attention de ceux qui s'inquiètent de la restriction de la natalité en France :

Monsieur,

C mme femme de médecin, je lis le *Concours médical* et comme ce journal est très accueillant à toutes les revendications, je m'adresse à vous.

Mon mari est au front naturellement, et je viens d'être mère d'un garçon pour la deuxième fois depuis le début de la guerre. En ce moment où la question de la repopulation est si importante, pourquoi s'inquiète-on si peu de nous, les mères ? Nous avons accepté vaillamment les neuf mois de grossesse rendus plus pénibles encore par la séparation, et pendant lesquels l'inquiétude de la santé de l'enfant venait s'ajouter à celle ressentie au sujet du père ; nous avons été courageuses et avons surmonté nos angoisses afin que celui que nous portions se développe normalement ; nous avons accepté de souffrir, privées de la présence de celui qui avait l'habitude d'être là pour nous aider à supporter les douleurs de l'accouchement. Je sais bien que nous aurions mauvaise grâce à réclamer une récompense pour avoir fait notre devoir ; mais puisqu'il faut des médecins à *l'arrière, ne pourrait*-on pas essayer d'y mettre ceux qui n'ont pas eu peur d'augmenter leurs charges de famille, alors qu'ils perdent leur clientèle ? Comme les mamans oublieraient vite leurs souffrances, si elles sentaient le père moins exposé, quelle belle récompense ce serait pour elles et quel encouragement !

Cette idée est peut-être irréalisable, elle me paraît cependant juste. J'ai beaucoup hésité à vous la communiquer, mais durant mes veilles auprès des petits lits (et les mamans veillent beaucoup quand les papas sont loin !) j'ai pensé qu'il y avait peut-être d'autres femmes de médecins dans mon cas et qu'elles seraient heureuses que l'une d'entre elles ose dire ce qu'elles pensent toutes.

Veuillez agréer, Monsieur, mes remerciements pour m'avoir écoutée jusqu'au bout.

J. M. M.

Inaptitude et aptitude restreinte.

J'ai lu sur un numéro du *Concours* d'août l'article d'un confrère qui avait été déclaré « inapte définitif » et prétendait que cette situation équivalait à une mise hors cadres presque automatique : il suffisait, d'après lui, d'écrire au ministre.

Je croyais que l'appellation « inaptitude définitive » n'existait pas pour les médecins, et qu'elle avait été remplacée par l'appellation « aptitude restreinte » soit temporaire, soit définitive. *Pour être mis hors cadres, suffit-il pour ces médecins d'être classé « aptes restreints définitifs » ?*

Pour les médecins, peut-on se faire classer « inapte aux armées » ?

Veuillez donc me renseigner d'une façon

précise, d'après les circulaires actuellement en vigueur.

Je voudrais encore savoir ceci : un médecin proposé par le médecin de secteur pour « aptitude restreinte définitive » par exemple n'est vraiment dans cette situation que lorsqu'il est passé devant la commission ad hoc qui a prononcé la même conclusion.— Qu'y aurait-il à faire si par exemple la commission vous disait, malgré l'avis du médecin de secteur : « nous vous reconnaissons inapte pour 2 mois ; venez tous les deux mois et si votre état ne s'améliore pas, nous vous maintiendrons votre inaptitude ? » Seul le médecin de secteur procède à un examen médical ; la commission s'en moque et ne vous regarde même pas ; cela ne l'empêche pas parfois de faire à sa tête et de vous « *brimer* ».

D^r G.

Réponse.

Tout officier du service de santé reconnu impropre au service soit avant son départ, soit à son arrivée à la gare régulatrice, doit être l'objet d'une proposition régulière de mise hors cadre.

Ce sont les commissions dites « des inaptes » qui prononcent l'*aptitude restreinte* sur la proposition du médecin ou du chirurgien de secteur à l'intérieur, du médecin d'armée ou du chirurgien consultant d'armée au front.

Voyez la C. M. n° 575 Ci/7 du 20 août 1917 publiée dans le *Concours médical* du 1er octobre 1917, p. 824.

Les promotions.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner au plus tôt sur le point suivant :

1° A quelle date paraîtra la prochaine promotion des médecins ? Est-elle toujours trimestrielle ?

D^r G.

Réponse.

Les promotions sont trimestrielles.

La promotion d'automne a passé dans la première quinzaine d'octobre.

La suivante paraîtra sans doute dans les premières semaines de l'année 1919, du 1er janvier au 15 février. Il n'y a pas de date fixe.

Une question.

Quelle conduite tenir en face d'une femme soignée par un major, et qui est vue *in extremis* par le médecin local, lorsque la rumeur publique accuse très nettement la malheureuse de s'être fait avorter ? Que dire sur le certificat de décès ?

Dr D..,

Réponse.

Le médecin qui a été appelé à donner ses soins à une malade, même *in extremis*, n'a pas le droit de délivrer un certificat de décès indiquant les causes de la mort. Les fonctions de médecin de l'Etat-civil sont en fait incompatibles avec celles de médecin traitant.

Brouardel a traité la question au sujet des certificats réclamés par les Compagnies d'assurances sur la vie dans ses leçons sur le Secret médical.

Cela n'empêche qu'à Paris, les médecins de l'Etat-civil de chaque arrondissement exercent leurs fonctions administratives dans la région même où ils exercent.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Mort au champ d'honneur

Le général Mayer, commandant l'infanterie de la 168e division, cite à l'ordre de la brigade :

Le médecin auxiliaire PIÉTRI (Pierre) du 3e bataillon du 79e régiment d'infanterie :

« A dirigé le service médical de son bataillon « avec dévouement et abnégation. Installé dans « une carrière à peine protégée, pour être plus « près de son bataillon, s'est dévoué sans compter à ses blessés, malgré le bombardement. A « été tué en faisant son devoir. »

Le 6 août 1918.

Le médecin auxiliaire Pierre Piétri était le fils de notre confrère et correspondant, le Dr Piétri, 36, Cours de la Liberté, à Nice, auquel le *Concours Médical* adresse ses plus sincères et cordiales sympathies.

Citation.

Le Dr Georges GARLOPEAU, aide-major de 2e classe au 338e régiment d'infanterie.

« D'un courage et d'un dévouement hors de pair, s'est distingué à chaque combat par des actes d'intrépidité qui font l'admiration de tout le bataillon. Lors de la dernière attaque s'est encore porté en première ligne sous une grêle de balles pour y panser des blessés grièvement atteints. Par son exemple obtient de son personnel le maximum d'efforts ».

A déjà eu 2 citations antérieures.

L'aide-major Georges Garlopeau est le fils de notre confrère le Dr Garlopeau de Thoiry (Seine-et-Oise), un des fidèles du *Concours médical*, qui, comme médecin-major de 2e classe, dirige l'hôpital complémentaire 72, à Paris-Plage.

Nos bien vives félicitations à nos deux vaillants confrères.


Autrefois
le médecin prescrivait les Cacodylates, bien qu'il n'ignorât pas les inconvénients de ces préparations. C'était alors le seul moyen en son pouvoir de pratiquer la médication arsenicale.
Maintenant
quand il juge nécessaire la médication arsenicale, le médecin n'ordonne que les Méthylarsinates.
Avec les MÉTHYLARSINATES BOUTY, pris par la voie stomacale ou par la voie hypodermique, l'assimilation est parfaite, l'action rapide et l'effet régulier sans aucun des nombreux inconvénients des Cacodylates
MÉTHARSOL (Méthylarsinate de Soude)
MÉTHARFER (Méthylarsinate de Fer)
GAÏARSOL (Méthylarsinate de Gaïacol)
SÉROSTHÉNYL (Méthylarsinate de Strychnine glycérophosphaté)

Demandes et Offres (*Suite*)

bonne clientèle à céder à cinq minutes de Brest. Maison confortable.

N° 123. — Province, à proximité gare, docteur obligé quitter momentanément service pour raison de santé cherche confrère expérimenté pour le remplacer. Conditions avantageuses.

Petite correspondance

Dr L., *à Concours*. — Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant:

J'ai été mobilisé au mois de mai 1917 : par suite, mes contributions directes concernant l'exercice 1917, sont-elles exigibles ? Si oui, le sont-elles en totalité ou bien en partie, jusqu'au jour où j'ai fermé, au lieu de ma résidence, mon cabinet ?

Réponse. — Légalement, les contributions directes (personnelle-mobilière, patente, etc.), sont dues pour l'année entière d'après la situation existant au premier janvier de l'année. En conséquence, comme vous n'avez été mobilisé qu'en cours d'année et avez exercé pendant une partie de 1917, vous devez intégralement, pour l'exercice 1917, votre patente. Il en est de même pour vos autres contributions directes.

Mais, en fait, le Gouvernement a donné à ses agents fiscaux des instructions tendant à ne pas exiger des mobilisés le paiement de leurs impôts. Vous pouvez donc vous dispenser de payer actuellement si vous le jugez bon. Après la guerre, il sera sans doute pris des dispositions spéciales pour tous ceux qui se trouveront dans la même situation.

Dr Z., à *Concours*. — Je vous serais obligé, si vous pouviez me donner, par voie du *Concours*, une réponse ou un conseil sur le cas suivant concernant les loyers :

Sous la menace de l'invasion, et déjà à bonne portée de l'artillerie moyenne allemande, ma famille a jugé prudent de déménager entièrement mon mobilier et de se réfugier à l'intérieur. Je me trouve donc actuellement avec 2 loyers sur les bras. J'ai payé intégralement, sans réduction aucune, mon

Suite page XXIII.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ

Une enquête sur le fonctionnement du Service de Santé durant la guerre.

Bien qu'à notre avis il soit prématuré d'ouvrir avant la démobilisation des médecins une enquête sur le fonctionnement du Service de Santé pendant la guerre, nous croyons devoir consentir à poser à nos lecteurs comme préliminaires à cette enquête, les questions suivantes d'ordre très général qu'un de nos correspondants nous a suggérées.

Nous prions les confrères qui voudront bien y répondre de s'affranchir pour cela de tout parti pris, de toute rancune personnelle, de tout esprit de corps et de ne se laisser guider que par le seul intérêt des blessés et des malades de nos armées :

1o Quels progrès les méthodes militaires ont-elles fait réaliser en médecine depuis la guerre ?

2o S'ils existent, ces progrès, sont-ils dus aux médecins militaires de carrière ou à des médecins civils mobilisés ?

3o Les méthodes militaires paraissent-elles devoir être une aide ou un obstacle aux progrès encore à réaliser ?

4o Les services rendus par le Corps des médecins militaires, tel qu'il était organisé au 1er août 1914, sont-ils de nature à engager à persévérer dans la voie déjà tracée ? Ou engagent-ils à étudier de sérieuses réformes ? Ou encore à rechercher un système absolument différent ?

J. N.

Le statut des médecins de complément

Un correspondant nous a récemment écrit « en nous livrant sa prose, mais en gardant son nom. »

Nous avons publié sa lettre, bien qu'anonyme, parce qu'elle contient une critique à notre endroit. Voilà comme nous sommes !

Ce correspondant nous reproche de nous attarder au terre à terre des intérêts particuliers et de ne pas élever le débat à la hauteur des intérêts généraux, en menant campagne pour la mise au point et la réalisation d'un équitable statut des médecins de complément.

Chaque jour qui découle nous convainc, hélas ! de l'extrême difficulté qu'on rencontre, si l'on veut contenter tout le monde... et son père.

Lorsque, contrairement à ce qu'écrit notre lecteur, nous avons voulu aborder le sujet brûlant de la réorganisation du Service de Santé, notamment en ce qui concerne le personnel officier, nous avons reçu des lettres nombreuses, dont plusieurs ont été publiées, nous conseillant de ne pas donner suite à notre projet, qui devait, nous disait-on, attendre l'après-guerre pour être utilement et convenablement étudié.

Nous nous sommes rendus à ces objurgations et nous avons accepté d'attendre le retour de la paix, pour traiter la question avec toute l'ampleur qu'elle mérite, et en faisant appel à l'expérience de ceux de nos confrères qui, mobilisés, *ne peuvent actuellement* parler avec la liberté nécessaire.

Nous nous sommes seulement bornés à mettre en évidence, par des exemples et par des faits connus, l'hérésie que représente, à nos yeux, l'assimilation de grades des médecins militaires, d'une part, et des officiers combattants, d'autre part.

Est-ce à dire que, traitant plus particulièrement des cas particuliers, nous ayons négligé l'intérêt général ? Mais l'intérêt général n'est-il pas, à tout prendre, la somme de ce qu'il y a de commun à tous les intérêts particuliers ?

Et des mesures d'ordre général n'ont-elles pas été édictées, par l'autorité, en faveur des médecins de complément, dont le moins que nous puissions dire, c'est que nous les avions réclamées énergiquement, et que nous n'avons pas été complètement étrangers à la prise en considération de leur objet ?

Ces mesures, visant telle ou telle catégorie de praticiens, depuis l'étudiant en mal d'école jusqu'au vieil R. A. T. en mal de retour au foyer, ne constituent-elles pas, au total, le statut actuel du médecin de complément ?

On ne saurait nier qu'elles sont, dans leur

ensemble, sages et équitables. Le reproche qui peut leur être adressé, c'est de n'être pas appliquées avec justice et impartialité. A vrai dire d'ailleurs, ce n'est pas elles qui méritent ce reproche, mais certains de ceux qui sont chargés de les traduire en actes.

Le statut actuel est loin de nous satisfaire entièrement ; mais tel qu'il est, il contient de bonnes choses, les relèves des vieilles classes, les affectations à l'intérieur des vieux R. A. T., leur mise en congé, etc., et serait, dans une certaine mesure acceptable, s'il était partout et par tous scrupuleusement respecté.

Nous pourrions borner là les explications que nous croyons devoir fournir à la première partie de la lettre de notre correspondant anonyme.

Pourquoi faut-il que lui-même tombe, dans la deuxième partie, dans le travers qu'il nous reproche à nous-mêmes ? Comment n'a-t-il pas senti combien sa critique perd de sa valeur, et, pour tout dire, tombe d'elle-même, quand nous constatons que ce grand souci de l'intérêt général lui a été inspiré par un cas très *particulier ?*

Et quel cas ?

Un médecin spécialiste, jeune et actif, qui, sans avoir jamais quitté sa région territoriale, y a récolté galons et croix ! *Horresco referens* ! !

De telle sorte qu'il apparaît clairement que, dans l'esprit de notre correspondant, le statut qu'il souhaite, devrait surtout pouvoir empêcher le retour d'un pareil scandale ! !

Hélas ! Trois fois hélas ! Depuis qu'il y a des hommes et qui *pensent*, comme disait Labruyère, — depuis qu'il y a des médecins et qui *pansent* (aïe ! aïe !), parodierons-nous, au prix d'un mauvais jeu de mots, dont nous nous excusons, — on a vu, on voit et on verra de ces... étrangetés, qui n'apparaissent comme telles qu'aux yeux de ceux qui, candidement, ignorent l'imperfection de la nature humaine, les... bienfaits de la camaraderie (mot qui a le même radical que camarilla) et la puissance de cet engin qui s'appelle le *piston*, et dont la force s'exploite bien ailleurs que dans les moteurs à vapeur ou à gaz, et avec quelle envergure ! !

Nos poilus et leurs vaillants alliés réalisent ce tour de force qui paraissait impossible il y seulement quatre mois, de rosser successivement, et comment ? les nations ennemies liguées contre nous ; l'Allemagne elle-même a reçu le magistral coup de grâce des armées de l'Entente. Cela, ce fut jeu d'enfant auprès de l'énergie surhumaine qu'il faudrait déployer pour s'opposer à la progression d'un piston savamment manœuvré. Le ruban rouge est une récompense ; donc une faveur, et non un droit. Qui dit faveur ? ? ...

Energie surhumaine, qui n'est donc pas de ce monde, et qu'aucun statut, si proche soit-il de la perfection, ne pourra jamais mettre en œuvre, quand tous les Concours Médicaux de France et de Navarre se réuniraient et s'associeraient pour le soutenir et prétendre en assurer la stricte et impartiale exécution.

L'Assimilation de grades des médecins militaires n'est pas une hérésie (1).

Dans l'article intitulé : « L'Assimilation de grades des médecins militaires est une hérésie... », le *Concours médical* (1er novembre) a signalé deux faits certainement critiquables : le premier c'est la promotion d'emblée à 3 et 4 galons des médecins officiels ; le second c'est l'inspection des formations sanitaires par des sous-chefs de secteur d'un grade moins élevé que celui des médecins-chefs des dites formations.

Si je suis complètement d'accord avec l'auteur de l'article pour critiquer ces deux errements, par contre j'estime que la conclusion à en tirer est autre que celle qu'il a donnée, et je voudrais exposer celle qui me paraît s'imposer, en même temps que le moyen propre à éviter des faits similaires. De cette façon les lecteurs du *Concours*, ayant entendu les deux thèses, pourront se faire une opinion en toute connaissance de cause.

Avant tout, il convient de rappeler que la médecine militaire, comme la médecine civile, comprend d'une part des Professeurs et d'autre part des Praticiens. Dans le Corps de Santé, les agrégés, après cinq années passées au Val de-Grâce, rentrent dans le rang et reprennent le service commun. Au contraire, ceux qui sont nommés Professeurs sont désormais confinés exclusivement dans ces fonctions et perdus pour le service général, auquel ils deviennent étrangers.

Aussi a-t-on demandé qu'ils forment un corps spécial avec cette dénomination : « Professeur-Principal », « Professeur-Inspecteur » et non plus « Médecin-Principal », Médecin-Inspecteur»

---

(1) M. le Dr Granjux dont nous ne partageons pas toutes les idées sur ce sujet, fait appel à notre courtoisie pour l'insertion de cet article ! Notre seul souci étant la poursuite du Droit et la recherche du Vrai, nous n'hésitons pas à lui donner satisfaction.
N. D. L. R.


POMMADE ADRÉNO-STYPTIQUE
MIDY

A la mobilisation, ils seraient utilisés comme « Médecins et Chirurgiens Consultants » ; les agrégés en service seraient « Médecins et Chirurgiens chefs de secteur ». En somme, tout le personnel enseignant médical de l'active devrait être employé, non en qualité de chefs militaires, mais comme conseillers techniques.

Ce qui a été demandé pour les professeurs du Val-de-Grâce devrait, à fortiori, être appliqué à ceux des Facultés. Consultants ils sont dans la pratique civile, consultants ils devraient demeurer dans l'armée, d'autant que rien ne les a préparés à la Direction du Service de Santé, qui exige un apprentissage long et délicat En revanche, ils formeraient d'excellents « Contrôleurs techniques », avec dans l'armée une situation analogue à celle des « Contrôleurs administratifs », dont la hiérarchie n'a pas d'équivalence avec les grades des officiers, et qui ne sont pas des chefs militaires.

Avec les professeurs et les agrégés (civils et militaires), avec les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au *Concours*, on formerait les « Médecins et Chirurgiens consultants », les « Adjoints techniques », les Médecins et Chirurgiens chefs de secteur », etc..., c'est-à-dire un Etat-major technique, et rien que technique, rattaché au Service de Santé. On semble, du reste, prêt à s'engager dans cette voie, car dernièrement deux Maîtres de l'oto-rhino-laryngologie, les Drs Moure et Lubet-Barbon, ont été envoyés aux armées, sans aucun grade militaire, inspecter le service ressortissant à leur spécialisation, et ils ont accompli cette tâche délicate à la satisfaction générale.

Si cette judicieuse création du Contrôle technique se réalisait, le Corps de Santé proprement dit ne comprendrait plus que des praticiens de l'active ou de complément. L'avancement se ferait alors normalement d'après les règles adoptées pour tous les officiers, et l'on ne verrait plus les inférieurs inspecter leurs supérieurs. La hiérarchie serait respectée, et il n'y aurait plus prétexte à dire que « l'assimilation des grades des médecins militaires est une hérésie ».

Ne pas utiliser les médecins suivant leurs aptitudes, ne pas les affecter à des emplois correspondant à leur spécialisation, transformer nos professeurs en chefs militaires au lieu d'en faire des contrôleurs techniques, mettre un avocat à la tête du Service de Santé, voilà l'hérésie !

Contre elle nous devons être unanimes à protester parce qu'elle est désastreuse au point de vue de l'intérêt national. Dr Granjux.

A bâtons rompus : Nos R. A. T.

Un excellent éditorial du *Caducée* (1er sept. 1918) reconnaît avec justesse que *les plaintes des médecins sont fondées*. L'auteur, qui fut à la 7e direction, emploie le mot aimable de « Confrères » pour désigner les médecins civils mobilisés et il accuse la politique de tout le mal. (*Répartitions défectueuses, spécialités abusives*). Il a raison, certes. Nous le reconnaissons avec plaisir et nous sommes très heureux de son opinion autorisée qui est aussi un appui solide et précieux en faveur de la réalisation des vœux de TOUS les R. A. T. qui lui en sauront gré du fond du cœur. Cependant, nous croyons que, peut-être, la politique ne peut tout expliquer.

***

Lorsqu'un R. A. T. arrive aux armées, on lui demande de formuler un désir ? Pourquoi ne tient-on pas compte du désir exprimé ? Pourquoi lui fait-on combler *au hasard*, semble-t-il, les vacances qui se produisent, sans paraître tenir compte de sa qualité de R. A.T. ? Cependant, légalement, cette qualité doit modifier sa position militaire, puisque *la règle de notre recrutement est l'appel classe par classe en commençant par les plus jeunes* et l'axiome de la loi Mourier est : *Les jeunes, à l'avant, les vieux à l'arrière.*

Toutefois, l'auteur influent de l'éditorial du *Caducée* reconnaît et affirme précisément que ce principe est « *logique, équitable*, PROFITABLE AU SERVICE » et assure que la répartition d'après cette règle « ne connaissait pas d'exception » lorsqu'il était à la 7e Direction, autrefois.

Serait-ce pour simplifier ? Serait-ce parce qu'on applique certains règlements bons pour l'active où les grades des *médecins sont fonctions* de l'âge, tandis que chez les R. A. T. c'est tout à fait différent ? C'est possible et très humain, donc pardonnable : *Errare humanum est, sed... perseverare diabolicum.*

***

Pourquoi, lorsqu'on a décidé de spécialiser à outrance le traitement des malades : paludéens, tuberculeux, gazés, vénériens et galeux, dyspeptiques, etc., n'a-t-on pas, tout d'abord, pris des R. A. T. pour assurer ces spécialités ? C'était leur affaire, semble-t-il, car ils ont de nombreuses années d'exercice professionnel et, par suite, l'aptitude. Si j'ai bonne mémoire, une circulaire ministérielle assimile, pour la compétence professionnelle, un médecin ayant 15 ans d'exercice professionnel à un agrégé ou à un médecin des hôpitaux nommé au Conconrs.

Pourquoi n'a-t-on pas engagé dans la radiologie des R. A. T., puisqu'on a créé des radiologues en désignant au hasard des médecins jeunes pour suivre des cours spéciaux et diriger ensuite des groupes radiologiques et de stérilisation ?

***

Pourquoi n'a-t-on pas, systématiquement, désignés comme aides-chirurgiens, des R. A. T.

***

On a spécialisé à outrance, et les R. A. T. furent tenus à l'écart, à en croire les apparences, toutefois, et ceci a fort ému l'opinion du Corps Médical, et même la Grande Opinion.

***

Enfin, pourquoi n'a-t-on pas affecté systématiquement les R. A. T. soit à l'intérieur soit aux étapes ?

Un médecin est toujours casable et, ne l'oublions pas, les R A. T. formant seulement un 1/6 du total des médecins mobilisés, on pouvait et on peut immédiatement, sans troubler en aucune façon le service, leur donner *à tous* une affectation en rapport avec leur âge et leur valeur professionnelle, à l'intérieur et aux étapes, et cela, après plus de 4 ans de guerre pour le Droit, pour le maintien des *justes convenances* s'alliant au *plus grand bien du service.*

X...

A propos des conseils de révision

Une récente circulaire adressée aux Directeurs du Service de Santé par le Sous Secrétaire d'Etat (1) rappelle que « les conseils de révision seront assistés de deux médecins militaires dont l'un devra être spécialement choisi en vue des organes des sens ; ces médecins devront être désignés parmi ceux dont l'âge et l'expérience offrent le plus de garantie et d'indépendance pour la délicate mission qui leur est confiée ». La même circulaire spécifie plus loin que « le médecin qui procèdera à l'examen des organes des sens devra être spécialement choisi en raison de ses aptitudes en chirurgie générale et spéciale.

.... Le second médecin devra être choisi soit parmi les médecins-chefs de secteurs médicaux, soit parmi les médecins nettement spécialisés en médecine interne et susceptible de procéder dans les meilleures conditions possibles à l'examen clinique des organes internes et plus spécialement des poumons et du cœur ».

Voilà vraiment le triomphe des spécialistes : Le premier, un spécialiste en chirurgie générale, en ophtalmologie et en otorhinolaryngologie, le tout à la fois, cela me laisse rêveur.

Le second sera nécessairement un professeur agrégé ou un médecin des hôpitaux de ville de Faculté. Grâce à cela, il sera reconnu capable d'ausculter cœur et poumons. Vous savez dans quelles conditions il le fera : quarante à cinquante conscrits à l'heure pendant des heures consécutives.

Une circulaire adressée aux Préfets par le Président du conseil (1) dit bien que « quel que soit le nombre des conscrits à examiner, il est indispensable de laisser aux médecins tout le temps nécessaire pour pratiquer leur examen avec toute la rigueur qui s'impose » et qu' « il y aura lieu de régler le nombre et la succession des séances de façon à ce que les experts puissent constamment remplir dans les conditions les meilleures leur délicate mission. » Mais cette circulaire est du 22 août, les opérations du conseil de révision commençant fin août ou début de septembre, et il est trop tard pour modifier l'itinéraire des conseils ; on y voit parfois pour un canton qui présentera environ 350 conscrits une seule journée prévue, ce qui obligera un médecin des hôpitaux de Paris à ausculter pendant 9 heures d'une même journée 350 cœurs et *700 poumons.*

Si l'on voulait faire quelque chose, il fallait augmenter le nombre des médecins, faire examiner les conscrits par des praticiens et leur adjoindre pour les cas difficiles un médecin des hôpitaux, un oculiste et un otorhinolaryngologiste.

Au lieu de cela, on a préféré des circulaires trompe-l'œil auxquelles je reprocherai pratiquement 3 choses. La première de nous donner des conseils de révision qui ne seront pas supérieurs aux précédents, tout en privant les régions de leurs médecins de secteur dont la présence est nécessaire. La seconde, de proclamer officiellement la faillite de la médecine militaire en éliminant nos camarades militaires qui, par leur éducation spéciale et leur entraînement aux visites d'incorporation, étaient tout désignés. La troisième d'affirmer au public ce principe qui ne peut nous laisser indifférents que le praticien est incapable d'ausculter cœurs et poumons dans de bonnes conditions et que seul le médecin ayant des titres spéciaux peut présenter des garanties suffisantes.

Praticiens, vous souvenez-vous du certificat d'études médicales supérieures. Dr H.

(1) *Journal officiel* du 27 août 1918, page 7568.

(1) *Journal officiel* du 27 août 1918, page 7568.

A L'OFFICIEL

Questions et réponses militaires.

23467. — M. Le Troadec, député, demande à M. le ministre de la guerre si un soldat, étudiant en médecine, ayant trois inscriptions de doctorat, ne doit pas être versé de droit dans

Petite Correspondance (Suite)

—

loyer habituel depuis le début de la guerre jusqu'au 1er juillet dernier, soit 4 années complètes. En invoquant les circonstances, je demande à mon propriétaire, réfugié lui aussi, la résiliation de mon bail à partir de cette dernière date. Celui-ci me répond, fort justement d'ailleurs, qu'il a, du même fait que moi, deux loyers à payer ; il ajoute au reste qu'il n'a pas plus le droit de m'accorder cette résiliation que de me donner congé.

— D'autre part, la maison nue est depuis réquisitionnée d'office par l'autorité militaire, sans conditions. Mon bail stipule que j'ai à ma charge la concession d'eau, les vidanges, l'imposition des portes et fenêtres, etc., et que je suis pécuniairement responsable des dégradations. L'état des lieux a été établi aussitôt, mais l'indemnité dérisoire que l'autorité militaire consent à m'accorder ne suffira même pas à couvrir les frais accessoires. Quoique mobilisé depuis le début, je n'ai pas voulu profiter de la loi du moratorium,

Suite page XXIV.

Petite Correspondance (Suite)

tenant à m'acquitter de mes dettes, tant que je pourrai le faire. Mais je ne cache pas que deux loyers à payer, un déménagement très coûteux avec tous ses risques, l'entretien à mes frais d'une maison que je n'occupe plus, sont des charges qui commencent à peser lourdement sur celui dont la situation est déjà très amoindrie du fait de la guerre.

1° La loi considère-t-elle la résiliation de mon bail comme un cas de force majeure, du double fait que je suis mobilisé et que je n'ai plus la sécurité de jouissance de l'immeuble loué ? (Malgré la grande victoire récente, je me trouve encore à 20 kilom. environ des lignes).

2° Dans le cas contraire, puis-je contraindre mon propriétaire à accepter, au lieu de mon loyer intégral, le prix de la sous-location qui m'est imposée, tous frais à ma charge déduits, ce qui équivaut sensiblement à zéro. Mon propriétaire, bien entendu, ne veut connaître que son locataire et les conditions de son bail, c'est plus avantageux !

Réponse. — 1° Le fait que vous êtes mobilisé et que vous ne pouvez, par cas de force majeure, jouir actuellement de l'immeuble dont vous êtes locataire, ne suffit pas pour vous permettre de demander la résiliation pure et simple et sans indemnité de votre bail. La loi du 9 mars 1918 sur les loyers exige, pour cette sorte de résiliation, que le locataire justifie que la guerre « a modifié sa situation dans des conditions telles, qu'il est évident que dans sa situation nouvelle, il n'aurait pas contracté ».

2° Mobilisé, vous ne pouvez être contraint actuellement par les voies judiciaires de payer votre loyer.

Enfin, aux termes de l'article 14 de la loi précitée, vous pouvez demander une réduction de prix, susceptible d'aller jusqu'à l'exonération totale, en justifiant « avoir été privé, par suite de la guerre, soit des avantages d'utilité ou d'usage de la chose louée, soit d'une notable partie des ressources sur lesquelles vous pouviez compter pour faire face au paiement du loyer ».

Cette preuve sera facile à faire dans votre cas. Il appartiendra à la Commission arbitrale créée par la loi de se prononcer sur votre demande d'exonération, si vous ne vous entendez pas amiablement avec votre propriétaire, ce qui serait préférable.

une section d'infirmiers militaires s'il en fait la demande à ses chefs. (*Quest. du* 30 *juillet* 1918.)

Réponse. — Ne doivent être versés dans une section d'infirmiers militaires que les étudiants en médecine qui sont d'une classe antérieure à 1918 et qui ont pris leurs inscriptions antérieurement à leur incorporation. La question du versement dans le service de santé des étudiants des classes 1912 à 1916 incluse, qui ont pris des inscriptions de doctorat postérieurement à leur incorporation, en vertu de la circulaire du ministre de l'instruction publique du 26 mars 1918, et actuellement à l'étude.

23913. — M. Lauraine, député, demande à M. le ministre des finances si un médecin militaire, détaché dans une localité pour donner des soins à la population civile, peut être soumis à la patente, lorsqu'il n'exige de ses clients que le remboursement de ses frais de déplacement. (*Question du* 13 *septembre* 1918.)

2e *Réponse.* — Aux termes d'une circulaire du 21 avril 1916 adressée par le ministre de l'intérieur aux préfets et par le sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire aux directeurs du service de santé des régions, les médecins militaires chargés d'assurer dans certaines localités le service médical de la population civile perçoivent uniquement leur solde militaire à l'exclusion de tous autres honoraires ou émoluments et les municipalités doivent si cela est reconnu nécessaire, soit fournir en nature aux médecins les moyens de déplacement, soit les indemniser de tous leurs frais de déplacement en prélevant cette indemnité sur les fonds de l'assistance médicale gratuite. Les médecins militaires qui assurent, dans les conditions fixées par cette circulaire, le service médical de la population civile, ne sont pas passibles de la contribution des patentes.

23990. — M. Carré-Bonvalet, député, demande à M. le ministre de la guerre si les étudiants en médecine des classes 1918 et 1919, pourvus du certificat d'études P. C. N. et d'une inscription en médecine, peuvent espérer être versés dans les sections d'infirmiers, comme leurs cadets de la classe 1920. (*Quest. du* 19 *sept.* 1918.)

Réponse. — L'honorable député est prié de vouloir bien se reporter à la question écrite n° 23790, insérée au *Journal officiel* du 9 octobre 1918, page 2614, 2e colonne.

24178. — M. Paul Poncet, député, demande à M. le ministre de la guerre si les faisant fonctions (médecins ou gestionnaires) du service de santé ont le droit de percevoir l'indemnité mensuelle de 20 fr., dite de remplacement d'ordonnance, touchée par les officiers et assimilés. (*Question du* 1er *octobre* 1918.)

Réponse. — Réponse affirmative.

24179. — M. Paul Poncet, député, demande à M. le ministre de la guerre si les docteurs en médecine du service auxiliaire qui sont affectés à un corps de troupes au lieu de l'être à un hôpital temporaire, et y exercent avec la même responsabilité, les mêmes obligations, les mêmes fonctions que les médecins aides-Majors de 2e classe, peuvent être admis au bénéfice de l'article 91 de l'instruction du 31 mai 1912. (*Question du* 1er *octobre* 1918.)

Réponse. — Réponse négative.

24216. — M. Giray, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° si un médecin militaire a droit, dans une commune où le service médical est assuré par un médecin civil, de faire de la clientèle et d'occuper, au détriment du médecin civil, des fonctions publiques rétribuées de médecin de l'assistance, hygiène, vaccination, chemin de fer ; 2° si le préfet a le droit, lorsqu'un médecin civil demande à occuper ces services, de les lui refuser et de les laisser à des médecins militaires qui cumulent ainsi le traitement préfectoral avec le traitement militaire. (*Question du* 3 *octobre* 1918.)

Réponse. — 1° Les médecins mobilisés touchant une solde ne peuvent recevoir des particuliers et des administrations publiques ni honoraires ni émoluments ; 2° ils ne doivent être affectés aux services visés à la question qu'à défaut de médecins civils susceptibles de les assurer, et après entente entre les préfets et les directeurs du service de santé.

24278. — M. Ferdinand Bougère, député, expose à M. le ministre de la guerre qu'aucune mesure administrative n'étant exécutée dans les unités du front avant qu'elle soit portée à la connaissance des chefs par les circulaires, aucun étudiant en médecine mobilisé au front ne bénéficie de l'envoi dans les centres d'instruction créés depuis longtemps, faute de la réception par les unités des circulaires relatives à l'exécution de la décision ministérielle qui a créé ces centres ; que l'intérêt général est lié à celui des étudiants qui doivent savoir, pour pouvoir soigner, et demandant : 1° quand sera fait l'envoi des instructions au front ; 2° quand commenceront les cours de chacun des deux centres pour les étudiants mobilisés au front. (*Question du* 8 *octobre* 1918.)

Réponse. — Les deux centres d'enseignement du service de santé militaire réservés aux étudiants en médecine présents aux armées et prévus par l'instruction du 30 mars 1918, n'ont pas fonctionné jusqu'ici, en raison des événements militaires survenus depuis leur création. Ils seront ouverts dès que les circonstances militaires le permettront.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROBLÈMES D'APRÈS-GUERRE

Des mesures hygiéniques à prendre après la guerre (1).

Quand les hostilités seront finies, il y aura une série de mesures à prendre pour enrayer les décès, préserver les existants, compenser le déficit des naissances qui, vu la faiblesse et le manque de progéniteurs, se fera sentir pendant de longues années ; éviter la propagation des maladies épidémiques et contagieuses en général et de la tuberculose en particulier ; celle-ci, dans la léthalité actuelle, prenant une part de plus en plus grande.

D'abord on aura affaire à une population plus ou moins éprouvée par les maux de la guerre, par la perte des siens, revenus dans un pays dévasté, où toutes les ressources manqueront.

Les soldats démobilisés, fatigués par quatre *ou cinq ans de guerre,* par la vie des tranchées, n'offriront plus la même résistance aux diverses maladies qui pourraient les atteindre.

Enfin les pays où ont eu lieu les hostilités ne constitueront pour ainsi qu'un vaste cimetière, et offriront au moindre déblaiement, à la moindre construction un terrain rempli de microbes, un vrai bouillon de culture, sur lequel le temps n'aura pas agi.

Toutes ces causes de maladies devront attirer l'attention des pouvoirs publics.

Il serait absolument nécessaire de créer dès aujourd'hui un Ministère spécial destiné à centraliser tout ce qui regarde l'hygiène et la santé publique ; ce ministère aurait des agents chargés d'appliquer et de surveiller tout ce qui concerne celle-ci. D'où la nécessité de créer, aussitôt après la démobilisation, un corps d'inspecteurs et de directeurs d'hygiène, hiérarchisés, recrutés parmi les médecins, fonctionnaires, (c'est-à-dire n'ayant pas le droit de se livrer à l'exercice de la médecine civile), dépendant de l'inspecteur départemental ou régional qui siège aujourd'hui au chef-lieu et a tout le département sous sa juridiction.

Celui-ci proviendrait du corps sus-dit ; il est inadmissible ainsi que cela se présente dans certains départements, que l'inspecteur départemental ne soit pas médecin et soit un simple Chef de bureau provenant d'une administration quelconque. Il y aurait, suivant l'importance des villes et des arrondissements un ou plusieurs inspecteurs d'hygiène, le plus ancien jouant le rôle de directeur.

Ce corps existe déjà dans beaucoup de villes : mais il n'est pas assez nombreux, assez rétribué ; ses fonctions ne sont pas assez définies et sont trop rudimentaires ; il dépend trop du maire et du préfet qui peuvent le remplacer à volonté ; il faudrait les étendre. Et puis, souvent les directeurs d'hygiène ne sont que des praticiens qui se livrent à la médecine civile et n'ont pas le temps de s'occuper complètement des affaires d'hygiène. D'ailleurs il serait indispensable de former de ceux-ci le noyau du nouveau corps ; nous aurions ainsi des médecins rompus aux pratiques d'hygiène dont l'expérience serait précieuse.

Les médecins hygiénistes auraient de nombreuses attributions.

Ils s'occuperaient de tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique dans les villes, les villages, les bourgs de l'arrondissement ; ils surveilleraient :

La propreté des rues. La propreté des maisons et des cours intérieures. La propreté des eaux. La propreté des vidanges. Beaucoup de nos agglomérations ont besoin d'être nettoyées avant d'être désinfectées.

Ils surveilleraient les industries insalubres, jugeant de l'opportunité des réunions publiques, de l'ouverture ou de la fermeture des théâtres, cinémas etc., tiendraient le dossier sanitaire des maisons ; donneraient leur avis au point de vue de l'hygiène dans la construction des immeubles.

Le directeur serait président ou vice-président (le maire est toujours président) du conseil d'administration des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance s'il ne les dirigeait pas directement (1) ; il est étonnant que ces administra-

(1) Notre confrère, le Dr CHAMPEAUX, de Lorient, aborde l'étude d'une très grosse question qui exige bien des développements. Le *Concours médical* a traité ce sujet longuement avant la guerre. Il y aurait lieu de faire des réserves sur certains points de l'organisation que propose notre distingué correspondant. N. D. L. R.

(1) Je suis de plus en plus partisan que les hôpitaux et les divers établissements sanitaires soient sous la direction immédiate de membres du Corps médical comme cela se fait dans l'armée et la marine, et dans les hospices d'aliénés ; et j'ai toujours été étonné que pendant la guerre actuelle il n'en ait pas été de même pour la plupart des hôpitaux de la Croix-Rouge qui cependant dépendent jusqu'à un certain point du commandement ; il eût été facile de trouver soit parmi les vieux médecins civils, soit parmi les médecins militaires en retraite, trop vieux pour servir activement, des médecins-chefs de ces hôpitaux. On eût ainsi évité des froissements qui se sont présentés quelquefois entre les médecins et les administrateurs tout puissants dans la conduite de ces établissements.

tions publiques soient sous la direction de personnes n'ayant aucune teinte médicale.

Les hygiénistes inspecteraient les écoles, s'occuperaient du service des diverses vaccinations. Ils veilleraient à la répression de la prostitution et à la prophylaxie des maladies vénériennes. Ils s'occuperaient de tout ce qui concerne la désinfection :

Déclaration obligatoire de toutes les maladies infectieuses (suivant une liste dressée, quand la nécessité s'en fait sentir, par le Ministère de l'hygiène et de la santé publique) faite par le chef de famille au Directeur d'hygiène de la ville ou de l'arrondissement et non au maire et au sous-préfet, déclaration faite sous la surveillance du médecin traitant qui saurait bien, en cas de refus, prévenir son confrère d'une façon indirecte (car il y a là une question d'intérêt général qui prime tout intérêt individuel).

Transport obligatoire dans un établissement hospitalier où toutes les précautions pourraient être prises, de toute maladie infectieuse aiguë dangereuse pour la santé publique (suivant une liste publiée annuellement par le Ministère de la santé publique, modifiable au besoin par l'inspecteur départemental) ; autorisation donnée de les traiter à domicile si toutes les mesures d'isolement étaient prises, sous la surveillance du service d'hygiène qui pourrait la supprimer s'il y avait lieu. Transport facultatif dans les maladies chroniques qui, par leurs sécrétions, pourraient devenir dangereuses ; et encore dans ce cas l'influence du directeur d'hygiène devrait se faire sentir, car il ne s'agit pas d'hospitaliser un malade atteint de pneumonie vulgaire, de grippe banale. Autorisation d'hospitalisation pour une personne de la famille qui désirerait soigner le malade et déclarerait se soumettre à des mesures préventives ; dans ce cas, renoncement aux sorties sans avoir pris les mesures de désinfection nécessaires tant pour l'aide que pour le malade lui-même ; l'autorité hospitalière serait seule juge de l'opportunité des visites pour les autres membres de la famille.

De cette façon on éviterait le transport de germes : fermer les yeux sur les visites à domicile, conserver le contagieux chez lui, c'est favoriser la dissémination de la maladie. A cet égard la méthode de Milne mériterait d'être vulgarisée. Hospitalisation simple du malade et de ses gardiens aux frais de l'Etat.

Défense de conserver à domicile le corps d'un individu décédé de quelque façon que ce soit, mais transport le plus tôt possible par voiture spéciale dans un local disposé *ad hoc* désinfecté fréquemment, où les parents et les amis pourraient le voir derrière une glace sans tain et le veiller.

Dispositions prises en vue d'empêcher l'assistance de se presser autour du cadavre, de l'embrasser, de disséminer partout ensuite les germes de la maladie, éviter la lente promenade dans les rues de la ville d'un corps renfermé dans un cercueil pas étanche, pouvant être une cause de contagion pour l'entourage et les gens sur le passage. Je n'ai jamais vu sans peine des parents conduisant un deuil derrière un cercueil, la tête nue, souvent par la pluie et la neige, parfois insuffisamment couverts.

Il serait facile de s'entendre avec le clergé pour que toutes les cérémonies rituelles soient accomplies ; transport du corps mis en bière dans un cercueil mobile étanche du local spécial indiqué plus haut à l'Eglise ; puis transport de l'Eglise au cimetière. Les assistants se rendraient isolément à l'un et à l'autre sans suivre le corps. C'est d'ailleurs ce que j'ai vu faire à Constantinople dans le quartier Européen de Pera.

Après le départ du malade contagieux ou du décédé à domicile, désinfection obligatoire efficace de l'appartement où il a séjourné. Mesures de police prises pour assurer temporairement le logement de la famille pendant la désinfection si c'est nécessaire.

Dans le cas de maladies trop fréquentes dans un quartier, dans une maison, le service d'hygiène prendrait les mesures nécessaires, imposerait même les réparations au propriétaire.

Nécessité d'un examen médical pratiqué dans les délais d'incubation pour toute personne ayant été en contact prolongé avec un contagieux, celle-ci ayant d'ailleurs le droit de choisir son médecin qui ne pourrait refuser son concours ; une rétribution spéciale de ces visites serait allouée par l'Etat.

Il faudrait que le Corps médical mène une campagne rigoureuse pour la suppression des cimetières tels qu'ils existent aujourd'hui, qui ne répondent plus aux exigences de l'hygiène moderne ; ces cimetières par leur terre infectée, constamment remuée ne sont que des propagateurs de microbes : au cimetière Montparnasse à Paris, on n'a pas enterré depuis 1844, la terre retient encore des bacilles cholériques, les vers de terre transportent le bacille de la tuberculose. Dans beaucoup de villes, les anciens et les nouveaux cimetières, quelque éloignés qu'on les place, finissent par être entourés de maisons où habitent des locataires soumis à une hygiène détestable, et puis les cimetières finissent par occuper un espace trop grand dans les villes.

L'enfouissement dans la terre devrait être remplacé par le traitement à la chaux vive ou la crémation : au Mont-Saint-Michel on montre encore le cimetière des moines qui se compose d'un espace restreint dans l'intérieur de l'édifice, où l'on traitait les corps des moines par la

chaux vive ; quelques semaines suffisaient pour la disparition.

La crémation a pour elle des préjugés anciens entretenus par le clergé auquel la question a été jusqu'ici mal présentée. Il faudrait lui prouver que nous ne voulons choquer aucun préjugé religieux, que nous ne demandons la crémation que par hygiène ; qu'après celle-ci il est facile de conserver les cendres dans une urne devant laquelle chacun pourra venir prier, laquelle urne serait placée dans un monument funéraire au cimetière sans danger pour la santé publique. D'ailleurs il suffit d'avoir assisté à une exhumation ou plutôt à une autopsie avec exhumation pour constater que la crémation est une chose bien moins pénible que la décomposition d'un corps en pleine terre. La justice seule pourrait opposer quelques obstacles à la crémation ; mais la question après étude pourrait être résolue.

On voit combien le rôle des Directeurs et Inspecteurs d'hygiène serait multiple et je n'ai fait qu'effleurer la question.

Certes un tel service n'ira pas sans dépenses, mais celle-ci ne sera pas si forte qu'on pourrait le supposer. On a bien su gaspiller des sommes folles pour armer les nations les unes contre les autres et faire tuer les gens ; après la guerre actuelle, si l'on désarme (?) on pourrait employer une partie des économies à la préservation des individus sous peine de disparition de la race.

Après avoir fait la guerre au taudis, il faudrait faire la guerre à l'alcool, diminuer le nombre de cabarets, supprimer le privilège des bouilleurs de cru ; revenir à la loi d'avant 1880 qui empêchait l'ouverture libre des débits. Ces mesures regardent encore indirectement l'hygiène.

Il faudrait que le service d'hygiène mette autant de fermeté dans l'application de ses lois, qu'il s'agisse d'un individu ou d'un fonctionnaire plus ou moins haut placé.

Il faudrait utiliser aussi la bonne volonté des infirmières laïques ou religieuses qui, après la guerre, vont se trouver sans emploi, s'en servir pour visiter les chroniques plus ou moins contagieux, distribuer des bons de médicaments et aliments, provoquer l'intervention des médecins quand ce sera nécessaire, etc...

Je sais bien que toutes ces mesures sont difficiles à mettre en pratique, mais avec le temps et la patience on vient à bout de la routine. On se rappelle combien il a été difficile et est difficile encore de faire accepter par les familles les mesures de désinfection ; combien on a eu de peine au siècle dernier à éloigner les cimetières des villes et des villages, empêcher d'enterrer autour des églises et même dans les églises ?

On peut dire aujourd'hui qu'en dehors de la désinfection, qui n'est pas toujours appliquée, faute de moyens comme elle devrait l'être, le service d'hygiène n'existe pas ; ce n'est, comme a dit le Professeur Wurtz, qu'une façade derrière laquelle il n'y a rien.

Il ne faut pas en accuser les médecins des Bureaux d'hygiène, on ne leur donne pas les moyens de l'assurer.

Je crois que la création d'un Ministère de l'hygiène et de la santé publique ferait avancer beaucoup la question (1).

Dr DE CHAMPEAUX (de Lorient).

UNE EXCELLENTE IDÉE

La Cession gratuite aux médecins des régions envahies de l'arsenal chirurgical et des objets de pansements et médicaments en excédent lors de la mobilisation (2).

Voulez-vous me permettre d'utiliser votre intéressant journal pour répandre une idée venue à plusieurs confrères touchant la reprise de la profession par les médecins démobilisés.

Que va faire l'Etat du matériel du Service de Santé des corps de troupe, ambulances et hôpitaux de l'avant et de l'arrière ?...

Ce matériel est énorme, comprenant médicaments, objets de pansements, ligatures, autoclaves, tables d'opérations, instruments, etc. etc.

Le surplus des besoins des hôpitaux militaires continuant à fonctionner après la paix, sera selon toutes vraisemblances, mis en adjudication et repris à des prix dérisoires par les grosse maisons fabricantes. N'y aurait-il pas mieux à faire ?...

Pourquoi cet excédent de matériel ne serait-il pas centralisé dans quelques villes. Des lots d'instruments de première nécessité pour la médecine générale et les spécialités seraient formés et délivrés à titre absolument gratuit aux médecins des pays envahis suivant leur spécialisation. Ce serait une juste compensation de toutes les misères qu'ils ont endurées et une première aide en attendant mieux.

Le reste de cet excédent de matériel en dépôt serait mis en vente aux médecins et pharmaciens et pourrait être détaillé suivant les besoins de chacun à des prix à fixer — et moins 25 % par exemple.

---

(1) Si notre confrère DE CHAMPEAUX veut bien se reporter aux numéros du *Concours médical* de juillet 1914, il y trouvera une longue étude où est préconisée la création de médecins hygiénistes, telle qu'il l'envisage aujourd'hui. N. D. L. R.

(2) Plusieurs confrères (dont notre rédacteur, et ami, le Dr VIMONT), ont émis la même idée que le Dr Besnier. Vimont a fait récemment à ce sujet une proposition à la *Caisse d'assistance médicale de guerre*. N. D. L. R.

Une pareille liste n'est ni longue ni difficile à établir ; l'Etat ferait une bonne affaire, les médecins aussi, tout le monde serait content.

Je vous donne notre idée pour ce qu'elle vaut ; des détails seraient à régler, mais il nous semble que d'ores et déjà la presse médicale devrait s'entendre sur ce sujet et intervenir auprès des pouvoirs publics.

Dr BESNIER.

MÉDECINE SOCIALE

La lutte contre la tuberculose et les Syndicats médicaux.

Le Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France s'est mis en rapport avec l'Œuvre américaine de prophylaxie contre la tuberculose en France, voici la réponse qu'il a reçue de l'honorable M. Livingston Farrand, directeur de l'Œuvre américaine, réponse que nous publions à titre documentaire. Nous avons dans notre no du 15 novembre, page 989, fait le compte-rendu de l'entrevue des délégués de l'Union avec le Secrétaire général de l'Œuvre américaine.

Monsieur le Secrétaire Général.

J'ai l'honneur d'accuser réception de votre amicale lettre du 11 octobre et m'empresse de vous répondre que c'est avec le plus grand plaisir que je me rencontrerai avec les membres de l'Union des Syndicats Médicaux de France à tel moment qui vous conviendra le mieux.

J'apprécie pleinement votre vif désir d'arriver à une entente pleine et entière basée de telle façon qu'il ne pourra surgir aucune divergence d'opinions et vous avez parfaitement raison de manifester le désir que nous abordions dès maintenant d'une manière franche et ouverte cette discussion de manière à éviter tout malentendu futur.

Puis-je profiter de cette occasion pour vous dire que notre Commission réalise très nettement le rôle absolument indispensable que jouent les médecins dans la lutte contre la tuberculose et nous comprenons parfaitement qu'à moins que la collaboration de ces médecins nous soit assurée, le résultat de cette lutte pourra être un succès. Nous nous rendons également compte que l'intérêt légitime de tous ceux qui font partie du monde médical doit être gardé à vue dans tous les projets qui pourraient être mis à exécution.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons qu'envisager avec satisfaction l'occasion qui s'offre à nous d'une discussion franche de tous les divers problèmes qui se présentent et je suis convaincu que nous pourrons arriver à une entente complète autant que cordiale sur les moyens à employer.

Je suggèrerai donc que nous ayons une réunion préliminaire avec deux ou trois de vos membres de façon à ce que nous puissions discuter les points principaux qui auraient pu surgir et ensuite que nous convenions d'une réunion ultérieure suivant les circonstances qui vous paraîtront les plus favorables et où le sujet pourra être présenté à un groupe plus important si cela semble être mieux.

Je suggère donc heure et jour convenables pour cette réunion préliminaire le jeudi 24 octobre et 4 heures de l'après-midi à mon Bureau 12, rue Boissy-d'Anglas. Si ce lieu et jour ne vous convenaient pas, je me ferai un plaisir d'accepter un tel autre rendez-vous que vous voudriez bien me fixer.

En vous remerciant encore pour l'occasion que vous nous fournissez de discuter cet important problème,

Je vous prie de croire, etc.

LIVINGSTON FARRAND.
Directeur.

A PROPOS DU SECRET MÉDICAL

Mon cher Confrère,

Les réflexions de notre excellent confrère, le Dr J. Regnault, au sujet du Secret professionnel (*Concours* du 15 sept. page 836), confirment parfaitement les idées que je vous avais exprimées, il y a quelques mois, dans une lettre personnelle. Dès qu'on veut s'engager dans cette question, on s'empêtre.

Voyez ce que nous dit le Dr Regnault au sujet des certificats de décès. Il nous donne le moyen suivant de « tourner la difficulté » : délivrer au plus proche parent, un *certificat de cause de décès*.

Mais, je lui répondrai comme à vous pour la femme de votre wattmann cardiaque : de quel droit se considère-t-il délié du secret vis-à-vis de la famille du malade, même celui-ci étant décédé ? Rappelez-vous la juste réflexion du Dr Gassot : *Le Secret médical doit être observé* ou il n'existe pas.

De même, pour l'avortement. Quand quelques conversations comme celles du Dr R. et du commissaire seront parvenues à la connaissance de nos dirigeants, on fera une loi pour nous obliger à déclarer les avortements, — et nous continuerons à proclamer que le secret est inviolable !

Bien entendu, je suis le premier à réprimer les abus où l'administration voudrait nous entraîner, et quand un gendarme vient, par ordre, me demander des renseignements sur un militaire que j'ai soigné lorsqu'il était civil, je l'éconduis poliment.

Enfin, voulez-vous dire au Dr Regnault que, dans les Vosges, la Préfecture refuse les suppléments de sucre quand le certificat ne porte pas le diagnostic. Moi aussi je tourne la difficulté : tous mes malades sont atteints soit d'anémie, soit d'entérite !

Permettez-moi de signaler à votre attention les articles de mon ami Cruchet, agrégé de Bordeaux, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* d'août (page 243) et de sept. (p. 270). Cruchet qui est actuellement en mission dans l'Uruguay et la République Argentine, y exprime des idées analogues à celles exposées autrefois dans le *Concours* au sujet de l'organisation des études médicales.

Croyez, mon cher confrère, à mes dévoués sentiments.

Dr G. Richaud.

Le secret médical à l'Académie du Var.

Dans les journaux locaux du département du Var, nous relevons le vœu suivant formulé au compte rendu de la séance du 6 novembre 1918 de l'Académie du Var.

M. le docteur Félix Brémond résume le travail du docteur Regnault, le Secret médical, *qui est actuellement discuté et approuvé dans la presse médicale parisienne, et émet le vœu « qu'aucune nouvelle atteinte ne soit portée par les lois au secret médical qui est la meilleure sauvegarde des intérêts sociaux aussi bien que des intérêts privés. »*

Le Dr Félix Brémond fait ici allusion à l'article du Dr Jules Regnault publié page 836 dans notre numéro du 15 septembre 1918.

NOUVELLES & VARIÉTÉS

Un procédé de prophylaxie efficace contre la grippe espagnole à l'usage de nos administrations.

Un de nos confrères du front nous suggère un procédé nouveau dont l'efficacité ne manquerait pas à s'affirmer et qui tirerait d'embarras nos autorités sanitaires. Les Berthas et les Gothas, étant devenus moins dangereux, le rôle protecteur de Nénette et Rintintin diminue chaque jour. Pourquoi une circulaire ne rendrait-elle pas obligatoire le port d'une Nénette et d'un Rintintin préservateurs de la grippe?

Ces fétiches qui ont déjà fait leurs preuves pendant les derniers bombardements, pourraient être distribués à tout citoyen, porteur de sa carte d'alimentation, dans les mairies, dans les écoles et à Paris par les soins de l'Administration générale de l'Assistance publique. Si cet essai réussissait, on pourrait l'étendre à la tuberculose, cela légitimerait la déclaration obligatoire de cette maladie.

Ces fétiches prendraient place dans l'arsenal prophylactique contre la grippe, à côté des masques protecteurs, de l'eau javelisée, à raison de *deux cuillerées d'eau de Javel par litre*, destinée par les circulaires administratives à l'assainissement homœopathique du mobilier scolaire.

Nénette et Rintintin feraient en outre une utile concurrence au rhum, spécifique antigrippal qui, d'abord préconisé par les hygiénistes officiels de la Ville de Paris, acquis et distribué officiellement à la dose non homœopathique de 50.000 hectolitres, se trouve actuellement non moins officiellement condamné par une affiche blanche minuscule signée de nos maîtres les plus autorisés, affiche que l'on découvre difficilement dans les rues les moins fréquentées de la bonne Ville de Paris ! ?

J. N.

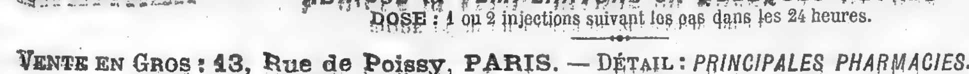
Association générale des médecins de France.

L'Association générale des médecins de France adresse à Monsieur le Président de la République, à Monsieur le Président du Conseil Clémenceau, organisateur de la Victoire, aux membres des divers gouvernements et du Parlement qui l'ont préparée, aux chefs des armées françaises et alliés, aux officiers du Corps de santé français et alliés, l'hommage de sa profonde reconnaissance.

Les médecins, se rappelant avec fierté que Monsieur Clémenceau fut des leurs, le nomment par acclamation Président d'honneur de l'Association générale des médecins de France, titre qui n'a jamais été décerné jusqu'ici.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Successeurs.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



QUARANTIÈME ANNÉE — N° 24 — 15 DÉCEMBRE 1918

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DE 8.500 PRATICIENS
Groupés dans la Société « **Le CONCOURS MÉDICAL** » et ses *Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS :

France	12 fr.
Étranger	15 »
Étudiants (*France*)	7 »
Le numéro	25 cent.

DIRECTION
Dr A. GASSOT, DIRECTEUR
Dr P. BOUDIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Drs A. MAURAT, H. CÉZILLY, M. VIMONT
DIVERNERESSE et P. CÉZILLY, AVOCAT
J. DUMESNY, AVOCAT, SECRÉTAIRE DE LA DIRECTION

RÉDACTION
Dr J. NOIR, RÉDACTEUR EN CHEF
Drs P. LACROIX et G. DUCHESNE
SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION

N.-B. — Les manuscrits, publiés ou non, ne sont pas rendus.

Rédaction et Administration : 132, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS (10e)

Quarantième année N° 24 15 Décembre 1918

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du jour.
La générosité de la République de Cuba à l'égard du Corps médical français. — L'Assistance confraternelle aux médecins victimes de la guerre. — Un Ministère de la Santé Publique.................... 1083

Partie Scientifique

Clinique chirurgicale
L'épithélioma de l'anus, par M. le professeur Pierre DELBET.................................... 1085

Revue des Sociétés Savantes.
L'urémie des blessés de guerre. — La spirochétose broncho-pulmonaire dans l'épidémie de grippe. — Epidermomycose eczématoïde. — La lutte contre les moustiques dans les Alpes-Maritimes. — Sérodiagnostic de la spirochétose ictéro-hémorrhagique. — Le siège du souffle de l'insuffisance aortique. — Le syndrome rénal à forme hydropigène chez les cardiaques.................................... 1091

Notes Pratiques d'un Médecin du Front
Le bien-être de nos soldats sur la ligne de feu, par M. le médecin-major A. SATRE,.................... 1092

Thérapeutique appliquée.
Un dérivé soluble et inodore du gaïacol, le résyl (éther glycéro-gaïacolique)........................ 1095

Bibliographie
Prostatectomie. Anesthésie. Technique. Soins consécutifs, par M. Victor PAUCHET (d'Amiens).......... 1096

Partie Médico-Militaire

Au front et à l'arrière.
Au fil de l'actualité. — L'assimilation est une hérésie. — Quand la démobilisation des confrères R. A. T.? — La mise en sursis des sous-aides-majors et des médecins auxiliaires. — Les inscriptions de doctorat des Etudiants P. C. N.................. 1097

Correspondance

A propos du roulement des médecins de bataillon. — La démobilisation des engagés pour la durée de la guerre. — A propos des affectations à l'intérieur des vieux R. A. T. — Les affectations, fonctions de l'âge. — Les affectations aux armées des aptes restreints. — L'affectation aux armées des sanitaires rapatriés d'Allemagne. — Solde de congés — Les conditions de la mise en congé sans solde. — Cruautés que nous espérons injustifiées. — La mise en congé sans solde.......................... 1101

Le Livre d'Or du Corps Médical Français
Mort au champ d'honneur. — Citation.............. 1108

Partie Professionnelle

Problèmes d'après-guerre
La profession médicale et la Paix. Confrères, soyez unis ! !. — L'indemnisation des médecins ruinés par la guerre. — Nécessité d'assurer lors de la démobilisation aux officiers de complément (et parmi eux aux médecins), un pécule pour leur permettre de vivre en attendant la découverte d'une position nouvelle.................................... 1111

La vie syndicale
L'Assistance médicale gratuite dans le Morbihan... 1113

Nécrologie.. 1113

Nouvelles
M. Clemenceau président d'honneur de l'A. G....... 1113

Table des Matières de l'année 1918.............. 1114

PROPOS DU JOUR

La générosité de la République de Cuba à l'égard du Corps médical français

Dans le *Concours Médical* du 1er octobre 1918, nous avons publié la lettre touchante du professeur José A. PRESNO, de la Havane, qui adressait, au nom de nos confrères de Cuba, la somme de 6.867 fr., produit d'une souscription pour notre *Caisse d'Assistance Médicale de Guerre*. Là ne devait pas se borner la générosité cubaine à notre égard.

Le vice-président de l'Association générale, le Dr Bellencontre, nous communique la note suivante que nous nous empressons d'insérer :

Le Gouvernement cubain a fait aux œuvres de guerre françaises une magnifique dotation de cinq millions.

Sur la proposition du Dr Dominguez, ministre de l'Instruction Publique, et du professeur Presno, de la Havane, le président de la République de Cuba a décidé qu'une partie de cette somme (*cinquante mille francs*) serait versée à la Caisse d'Assistance Médicale de Guerre de l'Association Générale.

Cet acte de générosité du Gouvernement de Cuba, qui s'ajoute à tant et tant de dons individuels des Cubains à la Croix-Rouge française, nous émeut au-delà de toute expression. Nous sommes fiers, nous Enfants de la France, de voir jusqu'à quel point notre Patrie est aimée par delà l'Océan. Nous sommes fiers et heureux de constater que les peuples qui ont lutté pour la Liberté et qui ont su la conquérir, considèrent la France un peu comme la mère des peuples libres et prennent le soin pieux de panser ses blessures et de soulager ses deuils.

Au nom des Praticiens français, nous adressons à M. le Dr Dominguez, ministre de l'Instruction Publique de Cuba et à M. le professeur Presno, dont la sollicitude à l'égard de ses confrères français est toujours en éveil, l'expression de notre profonde reconnaissance, et à M. le Président de la noble République de Cuba pour tout le peuple cubain, un chaleureux et cordial MERCI.

J. N.

L'Assistance confraternelle aux médecins victimes de la guerre

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'assister nos confrères victimes de la guerre par des moyens *pratiquement* efficaces.

Nous en avons signalé un que nous espérons voir réaliser : L'office de renseignements pour guider le médecin à la recherche d'un poste et lui

indiquer les villes ou les régions où le besoin d'un médecin se fait sentir et où le praticien qui ira s'installer, sera certain de gagner sa vie et celle de sa famille.

Nous ne nous faisons pas d'illusions sur la difficulté d'organiser cet office qui ne pourra fonctionner utilement qu'avec le concours des Syndicats médicaux et devrait être une création intersyndicale.

Beaucoup de nos confrères se bercent d'illusions. Eblouis par la magie des gros chiffres, ils se figurent que le million de la *Caisse d'Assistance de Guerre* pourvoira à tout.

Hélas ! il en est du million de notre Caisse d'Assistance, ce qu'il en était du milliard de la Mutualité. Ne nous laissons pas séduire par l'énormité du chiffre, voyons à quoi se réduit cette somme après une équitable répartition.

En supposant que la Caisse d'Assistance borne cette répartition aux seuls confrères dénués réellement de ressources, aux médecins des pays envahis, privés à la fois, du fait de l'invasion, de leur clientèle, de leur habitation, de leur mobilier, de leurs livres et de leurs instruments ; en limitant les secours à ceux qui sont obligés de se faire totalement une nouvelle situation professionnelle, nous estimons qu'il y aura au moins un millier de praticiens à secourir. Le total des médecins des régions dévastées ou occupées pendant plusieurs années par l'ennemi, doit s'élever à 1.800 ou 2.000. Nous supposons (ce qui est loin d'être certain) que la moitié seulement se trouveront dans le cas de dénûment presque absolu. Qu'aurons-nous à offrir à chacun de ces mille confrères ?

La Caisse d'Assistance a été grevée par 250.000 francs de secours pour parer aux besoins urgents de nombreuses familles médicales et ces secours ne peuvent, ni ne doivent être brutalement supprimés. Il y aura 800.0.0 francs environ à attribuer aux mille confrères sinistrés, 80J *fr. pour chacun*, et le million sera épuisé. Voilà la vérité.

Que chacun réfléchisse ! Que peut faire par ces temps de vie chère, un médecin en quête d'un poste pour s'installer avec une avance de 800 fr., surtout si ce médecin a déjà (et c'est ici la règle) des *charges de famille*.

Nous faisons un pressant appel à nos lecteurs pour qu'ils s'ingénient à rechercher les moyens de secourir efficacement nos victimes de la guerre.

Nous faisons un non moins pressant appel à la générosité des donateurs pour augmenter encore les ressources de la Caisse d'Assistance Médicale de guerre (1).

Beaucoup de souscripteurs pensent qu'avec l'armistice, est close la période de leur engagement à cotiser. Nous ne discuterons pas cette opinion, elle est subordonnée à leurs ressources et à leur conscience.

Mais nous nous adresserons à ceux qui n'ont rien ou très peu donné (ils sont nombreux car sans cela c'est 3, 4 ou 5 millions qui seraient tombés dans la Caisse) et nous leur dirons :

« Beaucoup d'entre vous avez eu des motifs légitimes de ne pas cotiser. Nous n'en doutons pas, car sans cela leur égoïsme serait monstrueux.

« Les uns, avaient des enfants aux armées, blessés, prisonniers, peut-être. D'autres tremblaient pour l'avenir en cas de défaite. Hélas ! l'avance allemande dans la Somme et à Château-Thierry, les bombardements de Paris, ne nous permettent pas de trouver vos craintes d'alors jusqu'à un certain point exagérées.

« Mais aujourd'hui, la Victoire est à nous, bien à nous. L'ennemi est réduit définitivement à l'impuissance. L'angoisse d'un sombre avenir est en partie dissipée. Réparez votre oubli volontaire. Laissez-vous gagner par un peu de pitié. Faites votre devoir de confrère. Il y va de la vie de 1.000 d'entre nous et de celle de leur famille. Et si votre cœur est fermé à tout élan de générosité confraternelle, songez à votre intérêt le plus égoïste.

« Quel danger pour l'avenir de la profession médicale que la misère de ces mille praticiens qui viendront grossir les rangs de tant d'autres confrères dépourvus de ressources ! Songez que la pauvreté est mauvaise conseillère et que l'on ne saurait condamner sans réserve celui qui, poussé par la nécessité d'apaiser la faim de ses enfants, ferait litière de toutes nos règles de déontologie et de tous nos principes syndicalistes, qui oublierait les intérêts généraux pour ne songer qu'à son intérêt personnel le plus immédiat. Oseriez-vous vous plaindre de lui, vous qui, en refusant de le secourir, lui auriez donné l'exemple du plus répugnant égoïsme. »

J. Noir.

Un Ministère de la Santé Publique

Il est, paraît-il, question de créer un ministère de la Santé publique. D'aucuns, se basant sans doute sur la transformation du ministère de l'Armement, qui après avoir forgé des armes, fabriquera des charrues, ont émis l'idée de métamorphoser le Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé militaire en ministère de la Santé publique.

Nous savons bien que les civils ont assez large-

---

(1) Nous avons reçu d'un confrère mobilisé une lettre que nous ne pouvons publier mais qui suggère : « Pourquoi la *Caisse d'assistance médicale de guerre* ne ferait-elle pas appel à la générosité des commerçants et des industriels qui sont en contact intime avec le Corps médical : Directeurs de villes d'eaux, de stations sanitaires, de maisons de santé, d'établissements physiothérapiques de tous genres, spécialistes pharmaceutiques, fabricants d'instruments de chirurgie, d'appareils orthopédiques, etc., etc., etc. »

ment pénétré dans le Service de Santé militaire pour en enfoncer les portes closes et y faire entrer un peu d'air pur, mais cela ne saurait nous suffire.

Le ministère de la Santé publique ne vaudra que par sa méthode de travail et ses moyens d'action. C'est le bloc de marbre du statuaire de la Fable :

Sera-t-il Dieu, table ou cuvette ?

L'Union des Syndicats médicaux de France s'est émue de cette nouvelle et a adressé à M. G. Clemenceau, Président du Conseil, une lettre à ce sujet, lettre rédigée par M. le Dr Leredde, Président du Syndicat des médecins de la Seine. Nous regrettons de ne pouvoir la publier aujourd'hui, car elle donne une idée fort nette de la conception que nous, Praticiens, avons actuellement de la manière dont l'Hygiène sociale pourrait être réalisée en France par les soins d'un ministère de la Santé publique.

A notre avis il y a deux méthodes pour répandre et appliquer les règles de l'hygiène :

1° La méthode policière, bureaucratique, autoritaire, tracassière, que l'on a essayé (d'ailleurs sans succès) d'établir en France parce qu'elle avait triomphé en Allemagne, car nous fûmes longtemps et sommes peut-être encore inconsciemment hypnotisés par l'ancien prestige boche.

2° La méthode éducative, de libre consentement, qui n'a recours qu'exceptionnellement à l'intervention policière, méthode qui a fait ses preuves en Amérique et qui, intelligemment appliquée par un ministère à l'esprit nouveau et aux idées larges, s'adapterait admirablement au caractère français.

C'est cette méthode, qui ne saurait se confondre avec celle d'un Service d'ordre militaire, dont elle est l'antipode, que nous voudrions voir régner dans un ministère de la Santé publique.

Pour mieux préciser notre pensée, nous dirons que si ce ministère qu'il faudrait autonome, devait être cependant un Sous-Secrétariat d'Etat ou une simple Direction, ce n'est ni à la guerre ni même à l'intérieur, que nous voudrions le voir rattacher, mais à l'Instruction Publique que nous dénommerons ministère de l'Education nationale.

C'est par l'Education nationale que nous, médecins praticiens, avons la prétention de faire triompher l'hygiène en France.

Aux policiers, aux bureaucrates, à nos confrères « bureaucratophiles » (car il en est) qui traiteront nos vues de billevesées et nos projets d'utopies, nous répondrons :

Les Français sont un peuple civilisé dont on admire l'urbanité et la politesse.

Dans toutes les classes de la population on a, par le fait de l'éducation, appris à s'entr'aider, à se saluer, à respecter les vieillards, les femmes et les enfants ; la sobriété, la propreté, la décence ont fait des progrès notables ; on se découvre devant un cercueil, on se révolte devant la brutalité, même lorsqu'elle s'exerce envers les animaux, pourquoi ce peuple intelligent, courtois et policé n'arriverait-il pas *par l'éducation* à respecter volontairement, spontanément, les règles de l'hygiène qui, en somme, ne diffèrent pas beaucoup des règles de la politesse ? La police (certes, il en faudra toujours) n'interviendrait que contre ceux qui se révolteraient contre les usages et les bonnes mœurs hygiéniques, universellement adoptées.

Le rôle d'un ministère de la Santé publique consisterait, surtout et avant tout, à organiser en tous lieux et par tous les moyens d'instruction et de propagande, l'éducation hygiénique du peuple.

Pour réussir, il faut des dévouements, des initiatives, du bon sens, de la méthode et cela n'a rien à faire avec la contrainte militaire ni l'obéissance passive.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker :

M. le professeur Pierre Delbet.

L'épithélioma de l'anus.

Nous allons examiner ensemble une malade dont le cas est intéressant à étudier.

Cette femme, qui est âgée de 58 ans, présente dans son observation symptomatologique deux phénomènes sur lesquels je veux tout d'abord appeler votre attention. Elle accuse des hémorrhagies anales au moment d'aller à la selle et des modifications de forme des matières fécales, qui sont expulsées à l'état de rubans.

Considérons ces deux symptômes et voyons qu'elle est leur valeur séméiologique.

Quand un malade se plaint de perdre du sang par l'anus, vous devez chercher des précisions sur la manière dont se produisent les pertes sanguines. Dans certains cas, comme

chez la patiente d'aujourd'hui, les hémorrhagies se montrent à la fin des selles et sont provoquées par les défécations. Le sang expulsé est du sang rouge, non mêlé aux matières fécales, et il apparaît à la fin de la défécation. Les hémorrhagies qui ont ces caractères indiquent une lésion siégeant dans le canal anal. Dans d'autres cas, le sang est absolument mêlé aux matières fécales, ou encore le malade expulse en allant à la selle du sang, déjà altéré mais reconnaissable, parfois le sang de coloration noirâtre, marc de café (melœna).

Toutes les fois où le sang est mêlé aux matières fécales, plus encore s'il s'agit de melœna, vous devez conclure à une lésion située au-dessus de l'anus. Lorsque le sang, bien mêlé aux matières, est peu altéré et à l'aspect de sang veineux coagulé, ceci indique qu'il n'a pas subi l'action des sucs digestifs. L'origine de l'hémorrhagie est alors basse, dans l'ampoule rectale ou le côlon pelvien.

Lorsque le sang est très altéré par les sucs digestifs, lorsqu'il s'agit de sang marc de café, de melœna, on doit conclure qu'il vient de plus haut, parfois (exceptionnellement) d'un néoplasme de l'intestin grêle, habituellement d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac. Je vous ai déjà parlé de ces cancers gastriques et je vous ai dit qu'à côté des melœna apparents, il existait des melœna occultes, dans lesquels le sang n'est pas très abondant et n'est décelable que par certains réactifs chimiques. Chez notre malade, les hémorrhagies sont constituées par du sang rouge et se montrent à la fin de la défécation, indiquant que la lésion doit siéger au-dessous du rectum, dans le canal anal.

Quelles sont les lésions qui peuvent donner lieu à ces hémorrhagies ? Les plus fréquentes sont les hémorrhoïdes, surtout les hémorrhoïdes internes mobiles qui deviennent procidentes au moment de la défécation. Les matières sont non pas mêlées, mais salies par le sang, et présentent des taches de sang. Si vous avez la précaution de faire aller les malades à la selle sur un vase et si vous examinez le vase, vous y constatez une série de taches : selon l'expression de mon maître Richet, le vase est d'aspect tigré, ce qui indique qu'il y a eu des petits jets de sang.

Les hémorrhagies peuvent être causées par des ulcérations. On trouve, dans le vase, du sang rouge, en quantité plus ou moins considérable, lorsque l'ulcération est lésée par le passage des matières.

Considérons le deuxième symptôme : les matières rubanées. On distingue dans cet ordre d'idées, deux catégories de matières : les matières rubanées et les matières ovulées. Les unes et les autres indiquent l'existence d'un rétrécissement de la partie inférieure du tube digestif. La forme observée renseigne sur le siège du point rétréci. Les matières rubanées sont la conséquence d'une lésion du canal anal, alors que les matières ovulées indiquent un rétrécissement au-dessus de l'ampoule rectale. Vous allez comprendre pourquoi. Voici le rectum, l'ampoule rectale et le canal anal. Quand une lésion intéresse le canal anal, les matières passent dans la filière de ce canal et sortent avec la déformation même qu'elles viennent de contracter. Supposons une sténose au-dessus de l'ampoule. Les matières traversent le rétrécissement et arrivent en petits rubans dans l'ampoule rectale où elles sont brassées par les contractions puissantes de l'ampoule. Ces contractions les transforment en petits ovules, en masses arrondies comme des pilules. Chez notre malade l'existence de matières rubanées vient confirmer le siège, dans le canal anal, de la lésion.

Nous allons examiner cette femme. Sur le bord gauche du canal anal, le débordant même pour empiéter sur la marge de l'anus, nous voyons une ulcération saignante. Pendant cet examen, une certaine quantité de matières fécales s'écoule, indice d'un certain degré d'incontinence. Il y a ainsi association d'incontinence et de rétention, la première étant liée à la perte de la contractilité du sphincter et la seconde à la moindre dilatabilité du canal anal. L'ulcération est irrégulière, assez anfractueuse, à bords éversés, très étendue.

Les ulcérations que l'on peut trouver au niveau de l'anus sont de divers ordres et c'est là une question clinique délicate. On peut rencontrer dans cette région, en premier lieu, une petite lésion, associée à des démangeaisons horribles. La lésion a l'air insignifiante mais le prurit qui l'accompagne constitue une véritable torture. La région périnéale, anale ou génitale, est un siège fréquent de ces prurits qui amènent les malades à se gratter, à se labourer la peau avec leurs ongles, parfois inconsciemment. Dans ces cas là, on voit assez souvent une petite exulcération, à direction radiaire.


MARQUE DÉPOSÉE

La question du prurit périnéal, anal ou vulvaire, est d'un grand intérêt pratique. Elle est si importante que M. Mauclaire, dans un travail sur ce sujet, a proposé de traiter les prurits rebelles par la résection des nerfs du périnée. Lorsqu'on examine ces malades superficiellement, on ne voit souvent rien. Si on les examine avec plus de soin, on trouve toujours quelque chose. Les téguments sont légèrement épaissis, l'épiderme est blanchâtre et devenu glabre. Il existe là des troubles trophiques qui, dans d'autres conditions, à un degré plus considérable, arrivent à constitue l'affection connue sous le nom de Kraurosis vulvæ. Si j'insiste là-dessus, c'est que ces troubles si pénibles sont justiciables d'une thérapeutique très efficace : la radiothérapie, qui offre ici une action très grande. Au début, on peut recourir à d'autres moyens. Je laisse de côté les pommades anesthésiantes, à la cocaïne, par exemple, qui ne fournissent qu'un résultat momentané. Plus utile serait la révulsion violente, la lotion à l'eau oxygénée, dans cet ordre d'idées. Ce sont là des palliatifs. Le traitement à recommander au début, traitement qui paraîtra grossier, est le brossage avec une brosse à habit, à crin pas très dur.

Il agit sur le trophisme en produisant des minuscules contusions par les poils de la brosse. Lorsque le prurit résiste, on aura recours à la radiothérapie, moyen puissant de calmer cette trophonévrose ano-périnéale.

Une seconde variété d'ulcération, cause non de démangeaisons mais de douleurs atroces, est la fissure anale. Le malade, au moment d'aller à la selle, ressent une douleur vive, pas toujours cependant. En tout cas, la douleur s'atténue après la garde-robe pour reprendre plus violente dix, vingt minutes plus tard, et quelquefois se prolonger toute la journée. Le mot fissure indique une lésion insignifiante, qu'il faut chercher, et il y a contraste entre le peu de développement de la lésion et l'acuité des souffrances. Celles ci sont attribuées à la contracture du sphincter, et sont d'ordre sphinctéralgiques. Les fissures ont un siège constant, à savoir : la partie postérieure de l'anus, sur la ligne médiane.

Arrivons aux ulcérations, plus importantes en tant qu'ulcérations. On peut voir, à l'anus, comme ailleurs, des ulcérations syphilitiques, bacillaires et néoplasiques. Je ne fais que signaler les ulcérations qui s'observent sur les hémorrhoïdes, lorsqu'une hémorrhoïde procidente se sphacèle, produisant une ulcération qui guérit généralement assez vite.

Les ulcérations syphilitiques de l'anus sont assez fréquentes. Je n'ai jamais observé de gomme de cette région. Ce que l'on rencontre, souvent, ce sont les ulcères de la période secondaire, quelquefois un peu tardifs. Ce sont des ulcérations multiples, ordinairement radiaires, séparées les unes des autres par des saillies qui sont des condylomes, ce que l'on appelait jadis du nom assez caractéristique de rhagades. Le tout est très suintant et, à la vérité, l'ulcération ne joue pas là un rôle bien considérable.

Les deux grandes causes d'ulcération sont, à l'anus, la tuberculose et l'épithélioma. L'ulcère tuberculeux est habituellement à grand diamètre vertical, accompagné de phénomènes douloureux très variables, tantôt légers, tantôt très intenses. L'ulcère est de coloration livide, violacée. pas très saignant ; ses bords sont décollés et l'on peut insinuer au-dessous d'eux un stylet.

L'ulcération cancéreuse offre des caractères différents. Ses bords ne sont jamais décollés car il est situé sur une tumeur. L'ulcus néoplasique, c'est le néoplasme lui-même qui est venu s'épanouir, et il repose sur une base dure. Trélat avait l'habitude de dire que pour faire une tumeur, il faut une tumeur. Pensez à cette phrase, qui paraît une naïveté, et elle vous aidera au moment du diagnostic

Les épithéliomas de l'anus débutent assez souvent sur de vieilles hémorrhoïdes et il peut, de ce fait, se présenter des difficultés. On s'appuiera sur cette donnée que l'hémorrhoïde ulcérée n'est pas infiltrée, n'a pas la dureté ligneuse de l'infiltration néoplasique.

Revenons à notre malade. Son ulcération est-elle une ulcération banale développée sur une ancienne hémorrhoïde ou s'agit-il d'un épithélioma ? L'aspect du fond de l'ulcère ne nous renseigne pas nettement. L'ulcère à l'air « honnête ». Il est rosé, légèrement saignant. Qui va nous renseigner ? La présence d'une induration à la base. Si nous sentons que l'ulcère repose sur une tumeur dure, sans limites précises, nous conclurons à l'épithélioma. La palpation ne révèle pas d'infiltration autour de la lésion En arrivant sur les bords de l'ulcus, on sent une résistance énorme : c'est extrêmement dur et l'on a l'impression d'un morceau de bois ou de métal. Je vais pratiquer le toucher rectal, pour voir jusqu'où

remonte l'ulcération et l'induration. Elles vont l'une et l'autre au-dessus du canal anal. L'induration est diffuse et nous avons nettement les caractères de l'épithélioma, épithélioma siégeant dans le canal anal.

Ne confondez jamais l'épithélioma de l'anus et l'épithélioma du rectum. Ce sont deux affections toutes différentes, au point de vue histologique, pronostic et opératoire.

L'anus n'est pas un simple orifice. C'est tout un canal, d'une étendue variable selon les sujets, atteignant parfois trois centimètres de longueur. Histologiquement, les épithéliomas de l'orifice anal sont pavimenteux comme les épithéliomas des lèvres, de la langue, du col de l'utérus. Les épithéliomas du rectum, au contraire, sont cylindriques comme ceux de l'estomac. Tous les épithéliomas de l'anus sont-ils pavimenteux ? Non, et dans la profondeur, ils peuvent être cylindriques. Lorsque, comme chez notre malade, la néoplasie est étendue à tout le canal anal, la lésion peut être cylindrique aussi bien que pavimenteuse.

Je vous ai parlé déjà de la marche régulière des épithéliomas en général, marche si régulière que l'on peut les suivre dans leurs différentes étapes. Je l'ai opposé à l'évolution, fantaisiste, des sarcomes, qui peuvent retentir un peu partout, sans que vous sachiez où ils sont allés coloniser. L'épithélioma a donc une marche régulière. Il se répand par infiltration, par envahissement des lymphatiques et des ganglions. Le ganglion le premier atteint est celui où se rendent les lymphatiques de la région siège de la tumeur. Cette adénopathie peut être énorme et devenir un foyer de propagation vers d'autres ganglions plus éloignés. Pour apprécier la marche de l'épithélioma, vous devez donc savoir quel est le territoire lymphatique de la région intéressée.

Ici encore l'épithélioma du rectum s'oppose à l'épithélioma de l'anus. Les ganglions du territoire du rectum siègent dans la région sacrée et échappent à notre examen. Les lymphatiques de l'anus, de l'orifice anal principalement, se rendent aux ganglions du pli de l'aîne. Quand vous avez affaire à un épithélioma de l'anus, c'est dans le pli de l'aîne que vous devez rechercher les ganglions. Vous voyez, de plus, les conclusions opératoires. Quand vous opérez un cancer du rectum, vous enlevez le méso-rectum (et les ganglions qu'il contient) en même temps que le rectum. Quand vous opérez un cancer de l'anus, l'opération doit se faire en deux temps, un temps pour l'épithélioma anal, un temps pour les ganglions de l'aîne. Il y a, d'ailleurs, une lacune : les vaisseaux lymphatiques qui relient la tumeur à l'adénopathie peuvent être aussi atteints de lymphangite épithéliomateuse. La règle est dès lors d'enlever non seulement la tumeur, mais tout le pédicule qui la relie aux ganglions. Quand vous enlevez un cancer du sein, l'ablation du sein est la plus petite partie de l'intervention ; la partie la plus importante est le curage de l'aisselle. Pour l'anus, vous vous rendez compte des difficultés opératoires, d'autant qu'à l'adénopathie inguinale peuvent se joindre des adénopathies pelviennes et sacrées.

Nous trouvons chez notre malade un ganglion inguinal, à gauche, ganglion interne, en dedans de la fémorale. Je vous rappelle les caractères de l'adénopathie cancéreuse. Le ganglion cancéreux est dur, mobile, indolent. La dureté est constante. L'indolence à la pression est aussi la règle. La mobilité, au contraire, est transitoire. Tant que le processus néoplasique reste intra-ganglionnaire, le ganglion est mobile: ultérieurement, quand la capsule ganglionnaire arrive à être rompue, la tumeur perd sa mobilité.

Vous voyez que la gravité de l'épithélioma de l'anus est bien plus grande que celle de l'épithélioma du rectum, si grave déjà cependant. La condition pour obtenir la guérison d'un cancer épithélial est d'enlever toutes les cellules devenues cancéreuses. Le cancer est une affection primitivement locale, peut-être même, à son origine, uni-cellulaire. Elle diffuse facilement, suivant une marche dont je viens de vous parler. Tant que la phase de généralisation n'est pas obtenue, on peut guérir la malade sous condition d'enlever toutes les cellules cancéreuses. La difficulté est de remplir ce programme. Cette difficulté tient à deux causes. La première vient des médecins qui font trop tardivement le diagnostic de tumeur maligne et qui attendent de l'évolution des lésions la confirmation de leur nature; alors la maladie est incurable. La deuxième cause est d'ordre topographique.

Pour certaines régions comme le sein, on peut souvent faire une opération adéquate au mal ; pas toujours, cependant. Pour l'anus, qui nous occupe, les difficultés sont énormes. Entre le néoplasme et l'adénopathie, il y a une

longue voie incertaiue. On ne peut en triompher que par une opération très précoce.

Chez notre malade, dont la lésion est assez avancée déjà, que pouvons-nous faire ? Dans un premier temps, nous pourrons pratiquer une dérivation des matières fécales, un anus artificiel, ce qui soulagera la patiente. On pourra tenter ultérieurement l'exérèse du néoplasme, dans des conditions meilleures.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

L'urémie des blessés de guerre. — La spirochétose broncho-pulmonaire dans l'épidémie de grippe. — Epidermomycose eczématoïde. — La lutte contre les moustiques dans les Alpes-Maritimes. — Sérodiagnostic de la spirochétose ictéro-hémorrhagique. — Le siège du souffle de l'insuffisance aortique. — Le syndrome rénal à forme hydropigène chez les cardiaques.

M. REYNÈS fait à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*urémie des blessés de guerre*.

C'est une erreur, dit M. Reynès, de ne voir dans le grand blessé que le côté chirurgical ; il faut connaître le retentissement de la blessure ou de ses complications sur l'état général.

La désintégration intensive des tissus, qui se produit dans les grands foyers traumatiques, crée des substances toxiques dont la résorption entraîne un empoisonnement de l'économie. C'est ainsi que l'on peut déceler une urogénie traumatique, une crise uréique allant des formes légères, sournoises, de tension uréique, à des formes plus visibles et plus graves d'urémie déclarée.

On peut établir, chez les grands blessés de guerre, à cet égard, par des analyses quotidiennes un véritable *uro-pronostic*. Suivant l'importance et l'évolution de la blessure, on peut trouver dans les urines 40, 50, 60, 70 grammes d'urée par 24 heures, avec des taux de concentration de 30, 35, 40 et 45 grammes par litre. Au-delà de ce chiffre, le rein ne peut plus assurer l'élimination et l'urée, s'accumulant dans l'organisme, détermine l'urémie. Dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien, on peut trouver 2, 3 et 4 grammes d'urée ; c'est alors l'urémie grave avec ses symptômes habituels.

Il importe donc de surveiller l'état d'intoxication uréique des blessés pour intervenir à temps. Le traitement, à la période de « tension uréique » consistera en boissons chaudes abondantes, injections de sérum glycosé, théobromine et lactose. Pas de lait ; pas d'aliments azotés ; un peu de purées ; fruits cuits. Purgatifs salins, frictions, bottes ouatées.

— M. de VERBIZIER lit à l'*Académie de médecine* une note sur la *spirochétose broncho-pulmonaire dans l'épidémie de grippe*.

A l'examen des crachats des grippés, à côté des pneumocoques, des streptocoques, des cocco-bacilles de Pfeiffer, M. de Verbizier a été frappé de trouver dans la plupart des préparations une notable quantité de spirochètes, auxquels revient peut-être une part dans la gravité et la diffusion de la maladie. Il y a là un fait intéressant à noter et à rapprocher des données aujourd'hui connues de la spirochétose broncho-pulmonaire, maladie dont on sait l'extrême contagiosité.

— MM. HUDELO, SARTORY et MONTLAUR communiquent à l'*Académie de médecine* une étude sur une *épidermomycose eczématoïde due à un parasite du genre saccharomycès*.

Depuis juin 1914, MM. Hudelo, Sartory et Montlaur ont pu collecter 43 observations d'épidermomycoses à levure. Les lésions sont caractérisées par un épiderme mou, épaissi, blanc crémeux, suintant, se laissant facilement détacher en larges lambeaux. Elles s'accompagnent de prurit marqué et ont pour siège les mains, les pieds (plus fréquemment les pieds), les régions interdigitales, les plis inguino-cruraux et la région périanale.

On trouve, dans ces lésions, un parasite constant, une levure qui ne ressemble à aucune autre levure pathogène et qui est probablement une espèce nouvelle.

La thérapeutique de ces épidermomycoses est celle de toutes les affections parasitaires : ponçage et application soit de teinture d'iode dédoublée, soit de traumaticine chrysophanique à 1/100, soit de glycérine créosotée à 40 p. 100. L'amélioration est très rapide et la guérison est obtenue en trois semaines environ.

— M. Raphaël BLANCHARD présente à l'*Académie de médecine* un mémoire de M. BARBARY sur *la prophylaxie du paludisme et la lutte contre les moustiques dans le département des Alpes-Maritimes*.

M. Barbary a poursuivi, dans le département des Alpes-Maritimes, la recherche et la destruction des gîtes d'anophèles, dans le but de lutter contre la propagation du paludisme. Il a su associer à son œuvre, avec un plein succès, les particuliers, les instituteurs et les pouvoirs publics. Il a organisé des équipes, placées sous la direction de personnes instruites par lui et jouant le rôle de moniteurs d'hygiène. Il a complété ces mesures par des conférences pratiques dans les localités les plus intéressées à la destruction des moustiques. Le résultat a été des plus heureux. Malgré l'arrivée sur la Côte d'Azur d'un nombre considérable de paludéens, les cas

de paludisme constatés dans la population autochtone sont restés rares.

— MM. Louis Martin et A. Pettit font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorrhagique.*

Après avoir mis en évidence les propriétés agglutinantes du sérum sanguin chez les sujets atteints de spirochétose ictéro hémorrhagique, MM. Martin et Pettit se sont préoccupés d'appliquer la séro-réaction de Widal au diagnostic de la spirochétose humaine. Ils ont pu obtenir un séro-diagnostic, dont l'inconvénient est d'être assez tardif. En revanche, il est applicable aux convalescents de toutes dates et même aux anciens spirochétosiques guéris depuis un laps de temps considérable. Cette réaction, enfin, peut être effectuée loin du malade, avec du sérum recueilli depuis plusieurs semaines.

— MM. Trémolières et Caussade communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *le siège du souffle de l'insuffisance aortique.*

Les observations de MM. Trémolières et Caussade les ont conduits à décrire plusieurs points d'auscultation au souffle diastolique de l'insuffisance aortique et à attribuer à chaque localisation une signification précise que les formules suivantes résument :

A lésion aortique récente, souffle diastolique à gauche du sternum et, à la radioscopie, simple hypertrophie du ventricule gauche avec aorte verticale.

A lésion aortique plus avancée, souffle diastolique médio-sternal, ou xiphoïdien et, à la radioscopie, hypertrophie notable du ventricule gauche avec début d'inclinaison de l'aorte à gauche.

Enfin, à lésion aortique ancienne, souffle diastolique à droite du sternum et, à la radioscopie, hypertrophie du ventricule gauche avec dilatation des cavités droites et déviation de l'axe aortique de bas en haut et de gauche à droite.

— M. M. Josué et M. Parturier lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note intitulée : le *syndrome rénal à forme hydropigène chez les cardiaques oliguriques.*

Dans les travaux antérieurs, MM. Josué et Parturier ont montré que la diminution de l'élimination aqueuse pouvait créer, au cours de l'asystolie, une azotémie par oligurie et simuler le syndrome clinique de la néphrite azotémique ; c'est-à-dire que certains cardiaques asystoliques, souvent considérés comme des cardio-rénaux, sur la foi des symptômes cliniques et des examens de laboratoire, sont en réalité de *faux cardio rénaux.*

Les auteurs rapportent aujourd'hui un cas qui montre que l'oligurie d'origine cardiaque peut déterminer, grâce à la rétention de l'eau dans l'organisme, un véritable syndrome de néphrite hydropigène.

Il est de première importance, dans les cas de ce genre, de reconnaître la nature cardiaque des œdèmes et d'attribuer à la défaillance du myocarde la part qui lui revient. Un diagnostic exact conduira à une thérapeutique vraiment active. C'est ainsi qu'on rétablira la diurèse en employant des doses suffisantes de digitaline, sans s'arrêter à des contre-indications inexistes.

Chez tout malade oligurique, albuminurique et œdémateux, il importe donc de procéder à un examen minutieux du cœur, car il faut pouvoir affirmer l'intégrité du système cardio vasculaire avant d'attribuer aux œdèmes une origine rénale. Cette affirmation est souvent malaisée, le fléchissement cardiaque pouvant assez facilement passer inaperçu. La diminution du *volume* des urines doit éveiller l'idée d'une défaillance du myocarde. P. L.

Notes Pratiques d'un Médecin du Front.

Le bien-être de nos soldats sur la ligne de feu

Par le médecin-major A. Satre,
Médecin-chef d'ambulance

Il n'est pas inutile de rappeler que le poilu, dans le secteur de combat, mène une vie très dure, que, non seulement il est à la merci des obus, des torpilles, des gaz, des attaques et des intempéries, mais qu'il y manque aussi de confort. Il semble donc naturel d'apporter des améliorations à son existence en ligne chaque fois que cela est possible.

Il est une chose qui intéresse au plus haut point le fantassin dans la tranchée : c'est *la question du linge.*

Un bataillon reste, en principe, vingt jours en position, soit en première ligne, soit en soutien. Quelquefois, pour des raisons impérieuses, comme les circonstances actuelles de la guerre de mouvement, le séjour se prolonge. Pendant ce temps, il est impossible aux hommes de changer leur linge, parce qu'ils ne peuvent le laver, n'ayant pas l'eau suffisante et surtout la faculté de se livrer à cette utile besogne. Ils sont forcés, par suite, de le garder sur le corps en attendant la relève, qui leur permettra de revenir à l'arrière.

A l'arrivée au cantonnement, le linge, en raison même de la vie menée à l'avant, est souvent si maculé qu'il devient impossible au soldat de s'en servir de nouveau : il doit le jeter, ce qui amène d'importantes pertes d'effets.

Quand le linge est encore bon, il doit le laver

lui-même dans des conditions difficiles et même pénibles lorsqu'il fait froid. En outre, le travail est forcément mal fait. Enfin, cette corvée apporte une nouvelle fatigue au lieu d'un repos à un homme d'ailleurs obligé de prendre part à divers exercices.

Il serait facile de remédier à cet état de choses en adoptant la méthode anglaise qui est déjà suivie depuis quelque temps pour les chemises et les caleçons dans les unités françaises.

Toutes les semaines, le sergent-major de chaque compagnie se rendrait muni de bons à une blanchisserie d'armée, de façon à toucher pour chaque homme une chemise, un tricot, un caleçon, une flanelle, une paire de chaussettes et une cravate. Il ferait monter en camion le tout en ligne dans la nuit même, ce qui serait souvent possible.

Ce linge serait remis à chaque homme, qui l'échangerait aussitôt contre son linge sale. En quelques heures, celui-ci serait rassemblé, et le sergent-major le ferait transporter par le même camion, avant le jour, à la blanchisserie. Il serait ainsi rapidement changé pièce pour pièce. Mis dans des étuves, séché, réparé et repassé, il serait prêt à être livré de nouveau.

Au point de vue hygiénique, cette réforme serait très importante, surtout en hiver où pullulent dans le linge certains hôtes désagréables qui peuvent engendrer des maladies redoutables.

Cette méthode de changement de linge est partout réalisable sur le front. C'est une question d'organisation et de matériel. Il n'y a qu'au moment des offensives, des fortes avances ou dans les secteurs très agités qu'elle devient impraticable. Il faudrait alors attendre le repos pour opérer de la même façon.

Une autre préoccupation du soldat en ligne est *la question de la nourriture.*

En général, les aliments sont préparés par des cuisines roulantes, installées au moins à trois kilomètres des lignes. Les repas sont acheminés soit le jour par les boyaux ou les chemins défilés quand il en existe, soit la nuit à travers la plaine. Mais, comme cette corvée est longue et demande de deux à trois heures, le plus souvent, surtout en hiver, ils arrivent froids à destination. On est alors forcé de les réchauffer au-dessus d'alcool solidifié, placé dans un seau et allumé comme de la résine : méthode qui a pour résultat de les rendre moins appétissants.

En outre, comme la corvée réclame beaucoup de monde et qu'elle est fort pénible, on n'apporte souvent les repas qu'une fois par jour. Dans ces conditions, les hommes n'ont pour la journée qu'un même plat de viande et qu'un même plat de légumes. Ils doivent se contenter, presque toujours, de bœuf qui, réchauffé au bout de douze à quinze heures, est à peine mangeable, ainsi que j'ai pu souvent m'en rendre compte par moi-même quand j'étais médecin de bataillon.

Il eût été cependant possible d'améliorer cette situation en rapprochant des tranchées les cuisines roulantes. Il existe, de façon presque constante, à proximité des tranchées, à 800 ou 1000 mètres des premières lignes, une colline ou une hauteur, grâce à laquelle on peut installer, à contre-pente, un vaste abri, creusé latéralement dans le sol. Depuis que nous avons réoccupé des zones longtemps tenues par les Boches, j'ai vu, en maints endroits, de telles installations, utilisées avec profit par nos ennemis.

A flanc de coteau, on peut établir une sape, et la terre de déblai servirait à renforcer le toit, qui, composé de lits de rondins et de tôle, offrirait une résistance efficace aux bombardements. Les parois de cette sape seraient coffrées, et une cheminée percerait la terre du toit.

Les cuisines se trouveraient ainsi à l'abri des obus. Les cuistots pourraient y travailler toute la journée sans crainte et posséder toutes les commodités désirables dans des chambres souterraines voisines.

Le ravitaillement « monterait » deux fois par jour, et l'on pourrait préparer deux repas variés, qui seraient aisément transportés de jour ou de nuit, en raison du peu de temps que l'on mettrait à accomplir le trajet, en général une vingtaine de minutes.

Ces améliorations, que l'on pourrait réaliser à peu de frais, apporteraient à nos soldats un bien-être qu'ils apprécieraient à l'égal des plus touchantes attentions.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Un dérivé soluble et inodore du gaïacol, le résyl (éther glycéro-gaïacolique).

Les incontestables propriétés thérapeutiques de la créosote, du gaïacol et de leurs dérivés sont souvent mises en échec par les inconvénients communs à presque toutes ces préparations, et qui sont assez sérieux pour être très souvent un obstacle à leur emploi chez des malades qui pourraient, sans cela, en retirer un réel bénéfice. Ces inconvénients sont de trois ordres et proviennent, soit d'une action caustique sur les voies digestives, commandant souvent l'interruption du traitement, soit d'une action réactionnelle au niveau des foyers tuberculeux, susceptible de favoriser l'hémoptysie, soit enfin que la saveur forte de ces médicaments soit trop désagréable aux malades.

Le nouvel éther glycéro-gaïacolique (résyl), soluble dans l'eau, est tout à fait dépourvu de

cette odeur gaïacolée caractéristique ; il n'est pas caustique et, point de vue particulièrement intéressant, parce que là est la clef de l'efficacité d'un tel médicament, il se décompose lentement dans l'intestin en mettant en liberté du gaïacol à l'état naissant. C'est là un très gros avantage du résyl sur quelques autres dérivés gaïacoliques inodores, dont le sulfogaïacolate, qui non décomposés dans l'organisme, voient par là même leur efficacité considérablement réduite.

L'administration du résyl chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire ou d'affections broncho-pulmonaires diverses, est presque toujours suivie d'une amélioration très nette, tant au point de l'état général (augmentation de poids, souvent 2 ou 3 kilogs en quelques semaines), que de l'état local (diminution ou disparition de la bronchorrhée, atténuation de la toux et des râles etc.) La fièvre, qui ne constitue pas une contre-indication, est généralement aussi *influencée* favorablement, la courbe de température se régularisant peu à peu, en même temps que le retour de l'appétit et des forces, traduisent un relèvement sensible de l'état général.

Au début de la grippe, le résyl aide puissamment l'appareil respiratoire à résister aux localisations pulmonaires ou trachéo-bronchiques qui seront presque toujours évitées ; celles-ci constituées, on l'administrera encore avec succès pour faciliter l'expectoration, hâter la résolution des lésions et le retour *ad integrum* des fonctions compromises.

Le résyl se prescrit à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par jour sous forme de sirop, de comprimés ou d'ampoules, le médicament pouvant s'administrer aussi par voie hypodermique (1).

BIBLIOGRAPHIE

Prostatectomie (2). Anesthésie. Technique. Soins consécutifs, par Victor PAUCHET (d'Amiens).

D'après plus de 500 cas personnels, l'auteur conclut à la bénignité de l'opération. La dernière centaine de prostatectomies a donné 5 % de morts. Une récente série de 50 opérations, 0 décès.

L'amélioration du pronostic tient aux quatre raisons suivantes :

1° *Soins préparatoires*. — Recherches de l'azotémie par la constante d'Ambard. Régime végétarien et fruitarien. Purgatifs et massage général, Gymnastique respiratoire, abdominale. Hygiène. Pour mettre le malade en état d'être opéré, il faut plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois d'hygiène et de régime. Si des accidents nécessitent une intervention urgente, une taille hypogastrique est faite et la cure radicale est exécutée plus tard, quand le sujet est en bon état.

2° *L'opération en deux temps*. — Tous les cas douteux sont d'abord cystostomisés, puis secondairement prostatectomisés. Le premier temps comprend la cystostomie et la section des déférents. Le second temps, la prostatectomie. Très souvent, l'auteur ferme la vessie 15 jours après la prostatectomie, pour éviter une fistule secondaire et les convalescences trop lentes. Ainsi une prostatectomie demande 3 semaines d'hospitalisation ; on peut en fixer la durée au malade.

Les indications de l'opération en deux temps sont les suivantes :

Distension vésicale. Infection vésicale. Hémorragie. Azotémie. Fausse route. Insuffisance rénale. Mauvaise impression donnée par le malade.

3° *Détails techniques*. — La prostatectomie est une opération en général facile à exécuter ; toutefois il est des cas difficiles. Il faut pour les réussir ne pas faire le décollement entre la vessie et la paroi abdominale qui amorce la cellulite pelvienne. Il faut que la loge prostatique soit parfaitement lisse et qu'on ne laisse aucun débris d'adénome. Si le malade saigne, on peut faire le massage de la prostate, à la Freyer. Il est plus sûr de tamponner pendant quatre jours. Enfin si la vessie est infectée, si le malade fait de la température, il est bon d'installer l'appareil de Carrel et traiter la loge prostatique comme on traite une plaie de guerre infectée.

4° *Anesthésie locale*. — L'auteur n'endort jamais un prostatique. Pour le cystostomiser, il emploie l'anesthésie locale à la Reclus. Pour le prostatectomiser, l'anesthésie régionale transsacrée. Il injecte une solution de néocaïne à 1 % dans les trous sacrés, 2, 3, 4, de chaque côté. L'anesthésie est très bonne et permet la décortication.

Aux débutants, l'auteur conseille de faire cette anesthésie, mais d'avoir recours à quelques bouffées de chlorure d'éthyle, si un ou deux nerfs ont été ratés et si le malade souffre. Après l'opération ainsi pratiquée, les malades sont si peu shockés qu'ils n'ont pas l'air d'avoir été opérés ; la convalescence est courte.

(1) Le résyl est fabriqué par les Laboratoires Ciba, 1, place Morand à Lyon qui en tiennent gracieusement des échantillons à la disposition du corps médical.

(2) Petit Atlas de 20 pages et 20 figures (1918) chez Maloine, Paris, et chez Schneider, Levallois-Perret.

PARTIE MÉDICO-MILITAIRE

AU FRONT ET A L'ARRIÈRE

AU FIL DE L'ACTUALITÉ (1)

L'assimilation est une hérésie.

N'en déplaise à M. le Docteur GRANJUX, nous maintenons plus énergiquement que jamais notre proposition, dont la lecture de sa lettre ne fait que renforcer la vérité à nos yeux.

Mais d'abord *un fait* : dans un hôpital militaire d'une grande ville du Centre, le médecin-chef est un praticien sans titres particuliers et n'a que TROIS galons.

Il a dans sa formation, *sous ses ordres*, comme médecin traitant, un médecin des hôpitaux qui en a QUATRE.

Une discussion : M. Granjux écrit : « *La médecine militaire, comme la médecine civile, comprend, d'une part, des professeurs et d'autre part, des praticiens* ».

Erreur : la médecine, envisagée en tant que profession médicale, ne comprend que des *docteurs en médecine, ayant, aux yeux de la loi, exactement mêmes droits et mêmes devoirs.*

Il n'y a pas, il ne peut y avoir de *hiérarchie corporative.*

Le docteur en médecine, professeur, n'est tel, que dans la *hiérarchie universitaire*, dans le milieu enseignant.

Nous avons souligné à maintes reprises cette distinction. Il paraît qu'il n'est pas inopportun de récidiver, puisque nous voyons réapparaître cette autre forme d'hérésie, que la création, heureusement mort-née, du diplôme d'études médicales supérieures, faillit jadis transformer en article de foi.

Le médecin militaire de carrière reçoit d'abord exactement le même enseignement que le médecin civil. Il est inscrit à la Faculté de médecine de Lyon, en suit les cours, y accomplit sa scolarité, ses travaux pratiques, ses stages, y passe ses examens, dans des conditions absolument identiques à celles du médecin civil.

Ce sont les Professeurs civils qui l'instruisent et qui lui délivrent son diplôme de *docteur en médecine, qui ne diffère en rien de celui de son confrère civil.*

Les Professeurs militaires n'interviennent que pour le parfaire dans la spécialisation qu'il a choisie, et pour le « couler dans le moule ».

Rien de ce que nous avançons là ne prête à la moindre contestation.

Ceci étant, M. le Dr Granjux demande que les professeurs soient des « *contrôleurs techniques analogues aux contrôleurs administratifs dont la hiérarchie n'a pas d'équivalence avec les grades des officiers et qui ne sont pas des chefs militaires* ». *Ceux-là,* IL LES DÉSASSIMILE.

Et rien ne saurait nous faire plus plaisir. Encore qu'un pareil contrôle ne soit prévu nulle part, dans la loi sur l'exercice de la médecine, encore qu'il n'ait rien de comparable au contrôle administratif, encore qu'un contrôle, aussi fortement organisé et répété, à tous les échelons et dans tous les modes de l'activité médico-militaire, nous apparaisse surtout comme une preuve profondément attristante de la suspicion blessante qui plane sur la masse des praticiens mobilisés, nous n'en acceptons pas moins avec enthousiasme cette désassimilation par en haut, car elle n'est, à nos yeux, que l'amorce de la désassimilation, souhaitée par nous, à tous les degrés. Il n'y a en effet aucune raison suffisante pour que certains *docteurs en médecine* ne soient pas assimilés et jouissent d'un statut spécial, tandis que d'autres *docteurs en médecine, leurs égaux légalement parlant,* seraient l'objet d'une hiérarchie discrète et... hératique.

Le médecin militaire est, entre autres fonctions, le *conseiller technique* du commandement. *Il n'est pas un chef militaire.*

On aura beau appeler un médecin-major de 1re classe *Mon Commandant*, et lui en donner les insignes ; on sait très bien qu'il ne commande pas, au sens militaire du mot ; il n'a pas de troupe sous ses ordres ; il a un personnel technique, qui, au moins à l'intérieur, est de moins en moins militaire.

Pour qu'il remplisse utilement son rôle de technicien, soit comme conseiller, soit comme chef d'un service médical, il n'est nullement

(1) Les événements marchent actuellement avec une telle rapidité, qu'en matière de réglementation médico-militaire, la vérité d'aujourd'hui n'est déjà plus celle d'hier, et aura peut-être cessé d'être celle de demain.

Les lettres publiées ont motivé des réponses qui paraissaient exactes au moment où elles ont été adressées à nos correspondants, et qui ne le sont plus toujours aujourd'hui. Nous en prévenons nos lecteurs en les priant de tenir compte des nouveaux documents qui paraissent, au fur et à mesure de leur publication. N. D. L. R.

nécessaire, bien au contraire, qu'il soit *assimilé*.

L'assimilation étroite ne renforce pas sa situation d'officier, elle diminue son indépendance de médecin.

Les contrôleurs administratifs, qui vérifient notamment la gestion administrative des corps de troupe, ne sont pas assimilés précisément pour jouir d'une indépendance complète et absolue vis-à-vis des colonels, qui ne sont jamais pour eux des supérieurs ni des subordonnés hiérarchiques, mais des *contrôlés administrativement*.

Il faut, dans l'armée, donner au médecin son indépendance de *technicien*, telle qu'elle doit résulter pour lui du titre dont il est légalement et légitimement le détenteur, avec, comme contre-partie, la responsabilité entière de ses actes, sanctionnée également et sévèrement, s'il y a lieu, par la loi.

Cette indépendance technique, c'est la désassimilation qui la lui assurera.

A cette désassimilation générale, M. Granjux ouvre la voie par sa proposition de désassimilation partielle.

Bien qu'il n'ait pas escompté sans doute ce résultat, nous l'en remercions vivement, et nous retenons sa proposition comme un argument de plus en faveur de notre thèse. X.

Quand la démobilisation des confrères R. A. T. ?

Le moment me semble enfin venu de libérer les médecins R. A. T. après les nombreux hivers passés sur le front.

Je ne suppose pas que les « exigences du service » puissent être invoquées plus longtemps. Le cliché est un peu démodé.

D'ailleurs, depuis peu, un fait nouveau s'est produit. On a vu des médecins de carrière réclamer leur départ pour le front ! ! !

De plus, le nombre des blessés et des malades ayant décru dans des proportions très sensibles, notre présence aux armées n'est plus justifiée. Elle devient, au contraire, bien plus urgente parmi les populations civiles si longtemps délaissées.

De nouveau, je me permets de faire appel à votre concours si actif pour que le Groupe médical parlementaire obtienne la démobilisation immédiate de tous les médecins R. A. T.

Pour compenser les vides occasionnés par nos départs, on pourrait peut-être trouver à l'intérieur des « inaptes restreints » qui consentiraient à faire un stage dans la zone des armées et à se couvrir tardivement de gloire.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr A. M.

La mise en sursis des sous-aides-majors et des médecins auxiliaires.

Un de nos correspondants nous demande de publier la lettre ouverte suivante à Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé :

Monsieur le Ministre,

Je viens attirer votre attention sur les aides-majors, sous-aides-majors, et médecins auxiliaires. Ne pourrait-on pas leur accorder des sursis, avant leur démobilisation, qui commencerait par ceux qui comptent le plus d'années de service effectif ? Il serait facile de compléter les cadres par les jeunes qui étudient actuellement et ne comptent que quelques mois de service. Le maintien en activité des vieux majors d'active permettrait aux civils de rentrer chez eux et aux « Santards » de terminer leurs études.

En espérant que vous voudrez bien réserver un bon accueil à cette demande, je vous prie de croire à mes sentiments très respectueux.

Un sous-aide-major ayant 6 *ans de service.*

Nous ferons remarquer que la démobilisation devant se faire en commençant par les plus vieilles classes, ainsi que la justice le réclame, les mesures préalables de mise en congé ou de sursis devraient logiquement être prises d'abord en faveur des médecins R. A. T., puis A. T.

Sous le bénéfice de cette remarque, nous souhaitons que le nombre des médecins maintenus mobilisés soit réduit au strict nécessaire et que les autres soient, aussi rapidement que possible, « *remis en liberté* ».

Les inscriptions de doctorat des étudiants P. C. N.

Etant très désireux de faire mes études de médecine, je vous prierai de vouloir bien me donner quelques conseils.

Titulaire du P. C. N., ayant accompli comme infirmier mon service actif et la guerre, puis-je prendre des inscriptions de médecine ?

Il est vrai que ma situation militaire (brigadier infirmier dans l'artillerie) ne me permet pas de suivre des cours et de passer avec succès des examens ; mais mes inscriptions pourraient-elles me donner d'autres avantages : changer ma situation militaire et reprendre mes études en cas de libération. P.

Réponse

Voyez la C. M. de l'Instruction publique du 28 mars 1918 : elle précise vos droits et les moyens de les faire valoir.

DON

—

Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le docteur SALLES, de Dourdan, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES ET OFFRES

—

N° 124. — Docteur cherche à Paris bonne clientèle de médecine générale. Ferait au besoin maladies vén. et peau.

—

N° 125. — A vendre charmant petit duc, excellent état, léger. Cause départ,

—

N° 126. — Isère. A céder cause de changement de situation, dans riche et agréable canton, bonne clientèle de 14 000 frs. Petite indemnité à débattre.

—

N° 127. — Docteur cherche en banlieue ou à Paris bonne clientèle. Ferait long remplacement.

—

N° 128. — A vendre 1° mot. Clément 3 H. P. 2 cyl. Debray et chan. vitesse état neuf. 2° Voiturette Clément-Bayard 11 H P. 4 cyl. 1913, pas roulé depuis la mobilisation. Clinique 8 quai du port, Marseille.

Suite page XXI

CORRESPONDANCE (1)

A propos du roulement des médecins de bataillon.

Excusez la liberté que je prends de m'adresser à vous. Vous m'excuserez, j'espère, car je suis un pauvre médecin de bataillon qui aurait besoin de conseils et puis, je sais que le *Concours médical*, au cours de cette guerre, s'est toujours mis à la disposition des médecins en cherchant à leur rendre service et à adoucir leur sort, pas toujours bien gai. Voici ma situation :

Je suis étudiant en médecine à 16 inscriptions, il me manque ma thèse ; je suis de la classe 1908, j'ai donc 30 ans. Aide-major depuis 1 an, j'ai 45 mois de front et depuis 15 mois, je suis médecin de bataillon dans un régiment d'infanterie d'active ; je désirerais, étant fatigué moralement et physiquement, changer d'arme. Sur le front, on ne connaît guère les circulaires, elles changent d'abord souvent et puis, elle ne viennent pas jusqu'à nous. Je vous serais donc infiniment reconnaissant si vous vouliez bien me renseigner par un mot sur les deux points suivants :

1° Ai-je le *droit* de faire une demande pour être relevé de l'infanterie et être affecté à une formation sanitaire du front moins pénible qu'un régiment ? Est-il vrai qu'il n'y a plus de relève pour les médecins d'infanterie qui ont plus d'un an de cette arme ? Il semble qu'on est oublié et que l'on est sans aucun espoir d'obtenir une relève à moins d'être évacué ou malade ! Je vous serais infiniment obligé si vous pouviez me donner un renseignement précis.

2° Mon intention après la guerre était de m'établir dans les colonies ; suis-je, en guerre, dans la possibilité d'adresser ma demande pour être affecté dans une formation sanitaire quelconque au *Maroc* ou même en *Indo-Chine* ? Si vous pouviez m'indiquer en vertu de quelle circulaire, la marche à suivre, et dans quel sens je pourrais obtenir être entendu dans ma demande, vous me rendriez un grand service. C.

Réponse.

1° Aux termes des prescriptions en vigueur (Voyez le *Concours médical*, du 15 novembre 1917, p. 979), le roulement aux armées s'opère entre médecins appartenant depuis plus d'un an aux unités d'infanterie et ceux des compagnies du génie, de l'artillerie, des unités de chemin de fer et des formations sanitaires.

Si vous comptez plus de douze mois d'affectation comme médecin de bataillon, vous

(1) Voir la note (1), page 1097.

êtes en droit de bénéficier de ce roulement, dans les conditions précédentes.

2° Vous pouvez essayer de demander une affectation au Maroc. Nous doutons que vous obteniez satisfaction, le motif que vous invoquez étant insuffisant pour justifier et appuyer votre demande.

La démobilisation des engagés pour la durée de la guerre.

Abonné depuis 1903 au *Concours médical*, je viens vous demander le renseignement suivant.

« Pourriez-vous me faire savoir — par lettre — *quelle sera ma situation*, lors de la signature (prochaine, Dieu merci !) de la Paix, *étant donné* que je suis *engagé volontaire pour la durée de la guerre* ?

Serai-je renvoyé, *ipso facto*, dans mes foyers, comme chacun me le dit ? »

J'ajoute que, libéré de toutes obligations militaires, je me suis engagé en 1914, à l'âge de 40 ans.

Réponse.

Les dispositions prises par le Ministre, depuis la signature de l'armistice, rangent les engagés pour la durée de la guerre dans la *classe à laquelle ils appartiennent*, nonobstant le sort particulier qui sera fait aux médecins.

A propos des affectations à l'intérieur des vieux R. A. T.

Je vous serais obligé de me donner quelques renseignements sur la situation des médecins de complément appartenant à la R. A. T. et sur les droits de ceux-ci.

Je suis de la classe 1892, trois enfants, veuf, mobilisé le 1er août 1914, resté aux armées jusqu'en 1917.

Touché par la relève, j'ai été, malgré mes protestations, envoyé à B... d'où je suis reparti deux mois plus tard sur ma demande pour retourner à l'armée en équipe, revenu trois mois après à l'intérieur. Soit, 2 ans 7 mois aux armées.

J'appartiens à la Ne Région, et depuis mon retour à l'intérieur, j'ai été affecté, soit à la Xe Région, soit à la e, soit à la e ou je suis actuellement.

Je désirerais savoir :

1° Si je puis demander à être mis en congé sans solde, comme ramené à la classe 88 par le nombre de mes enfants et le veuvage ;

2° Si non, puis-je être affecté dans la localité ou j'exerçais avant la guerre ;

3° Est-ce un droit pour les R. A. T. d'être affectés tout au moins à leur Région ?

Dans un autre ordre d'idées, un médecin

peut-il être affecté, à l'armée, à un régiment où son fils est sous-lieutenant ?

Dr D.

Réponse.

1° *Non.* La mise en congé sans solde n'est accordée qu'aux médecins des classes 1888 et plus anciennes ou qui y sont ramenés par six enfants vivants.

Tel n'est pas votre cas ;

2° Oui, aux termes de la circulaire 564 Ci/7, à la condition qu'il se trouve, dans cette résidence, un emploi vacant de votre grade ;

3° Oui, pour les R. A. T. des classes bénéficiant de la relève (1892 et plus anciennes), dans la mesure toutefois où les nécessités du service le permettent.

4° Rien ne s'y oppose.

Les affectations, fonctions de l'âge

Je vous serais reconnaissant de me répondre sur ces 2 points :

1° Une limite d'âge existe-t-elle pour les médecins de bataillon, et dans ce cas quelle est cette limite d'âge ?

2° Quel est le nombre approximatif d'une part des médecins mobilisés, d'autre part des médecins de bataillon. Dr M.

Réponse

1° Non.

2° Impossibilité de répondre complètement. Il y a environ 18000 médecins de complément mobilisés. Mais l'autorité militaire sait seule combien l'armée française compte de bataillons d'infanterie. Et elle nous défendrait de le dire au cas où, par extraordinaire, nous le saurions nous-mêmes.

Les affectations aux armées des aptes restreints.

Comme vieil abonné du *Concours médical*, je viens vous demander un renseignement.

Connaissez-vous une circulaire indiquant les affectations aux armées des officiers du Service de Santé classés *aptes restreints* ?

Si oui, je vous serais bien reconnaissant de me la procurer.

Est-il exact que ces officiers aptes restreints doivent être affectés seulement dans des formations de la zone des étapes ?

Dr P.

Réponse.

Cette circulaire existe certainement, mais nous n'avons pas pu, malgré nos efforts, en avoir connaissance.

Ce que nous savons, c'est que les médecins auxiliaires du service auxiliaire qui correspondent aux médecins officiers aptes restreints, peuvent concourir au ravitaillement en personnel sanitaire des formations de la zone des étapes.

Par conséquent, la dernière question de votre lettre nous paraît, par analogie, devoir être résolue par l'affirmative.

Mais ces affectations, en dépit des prescriptions ministérielles, restent toujours subordonnées aux exigences du service, ce qui les rend dans une certaine mesure, précaires et non obligatoires.

L'affectation aux armées des sanitaires rapatriés d'Allemagne.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Est-ce que d'après la circulaire ministérielle 1735 1/11 du 21 janvier 1918, dans laquelle on rappelle d'abord différents articles de la Convention de Genève et à la suite desquels le Ministre ajoute :

« Toutefois j'ai décidé que : tous les militaires rapatriés au titre sanitaire devront être affectés à des formations sanitaires à l'exception des corps de troupes. »

Un médecin rapatrié peut être affecté à un corps de troupes ? Il ne semble pas que l'on fasse d'exception pour les médecins, puisque l'on dit : Tous les militaires.

D'autre part voici le cas particulier. Il s'agit d'un Docteur en médecine, parti à la mobilisation, comme simple soldat, rendu comme simple soldat, au titre sanitaire, puisque médecin, au bout d'un an de captivité. Il est maintenant médecin aide-major.

D'après cette circulaire, peut-on l'affecter à un corps de troupes ? S.

Réponse.

Le Ministre a décidé que les médecins ayant rang d'officiers, ainsi que les médecins auxiliaires, rapatriés d'Allemagne comme sanitaires, peuvent être employés dans les corps de troupe aussi bien que dans les formations sanitaires, à condition qu'ils soient maintenus dans des emplois neutralisés.

Le cas que vous nous soumettez est un peu spécial, puisque ce médecin n'a été rapatrié ni comme officier du Service de Santé, ni comme médecin auxiliaire.

Cependant, nous pensons que sa nomination au grade d'aide-major, même postérieure à son rapatriement, le rend justiciable de la décision ministérielle qui précède.

Solde de congés.

J'ai été hospitalisé 3 semaines dans un hôpital de la zone des armées avec la mention : Affection aggravée par le service ; puis j'ai eu 2 mois de convalescence et pendant tout ce temps, j'ai eu la solde de présence et hospitalisation gratuite.

Actuellement, je suis dans la zone de l'intérieur tout à fait : mon état de santé s'aggrave ; deux fois j'ai dû cesser mon service quelques jours, à cause de crises d'asthme, et je suis obligé d'envisager une nouvelle hospitalisation, mais j'ai été surpris de voir arriver dernièrement au corps un poilu rentrant de convalescence, avec un billet d'hôpital et des papiers mentionnant : Affection aggravée par le service et sur la convalescence : n'a pas droit à la solde de présence.

Comme officier à l'intérieur, ai-je droit avec la mention aggravée par le service :

1° A l'hospitalisation gratuite ?

2° Pendant la durée de celle-ci ou de ma cessation de service à la solde de présence ?

3° Cette mention ouvre-t-elle pour l'avenir des droits à une gratification ?

4° Peut-on en temps de guerre, réduire la solde d'un officier de complément inapte momentanément à tout service, tout en le maintenant dans les cadres ?

Réponse.

Aux termes de la réglementation en vigueur, l'*aggravation* ne donne pas droit à la solde de présence en convalescence, mais peut ouvrir éventuellement des droits à une réparation (gratification, pension, retraite.). Nous croyons savoir toutefois que cette anomalie va disparaître, et que l'aggravation maintiendra le droit à la solde, au même titre que l'expectabilité absolue.

Il y a deux espèces de solde : la *solde de présence* et la *solde d'absence.* C'est l'autorité qui délivre le congé qui fixe celle à laquelle a droit l'officier, conformément aux décrets et réglements,

---

Les conditions de la mise en congé sans solde

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire comment on doit interpréter la C. M. n° 664 Ci/7 du 13 février 1918, parue dans le n° du 15 mars 1918, du *Concours médical,* et si mon mari a droit d'en bénéficier.

Le docteur D... est de la classe 90, assimilé à la classe 88 par ses deux enfants. En janvier 1918, on lui a accordé un *congé sans solde* de 3 mois pour la population civile ; au moment de rentrer chez lui, il a dû être hospitalisé 2 mois

a eu 1 mois de convalescence à sa sortie de l'hôpital ; la Direction, — de laquelle il dépend, lui dit alors que : son congé était pour un temps déterminé, que ce temps était écoulé, qu'il n'avait plus droit à son congé, que l'article 3e de la dite circulaire ne concernait que les médecins assimilés aux classes 87 et 88 par 6 enfants. Cependant la circulaire ne dit pas que ce sont les médecins de telles ou telles classes mais : « Tout médecin désigné pour la population civile de sa résidence sera mis en congé illimité sans solde ».

C'est en qualité de femme d'abonné au *Concours médical*, que je m'adresse à vous pour obtenir ce renseignement, et je compte sur votre obligeance habituelle pour me répondre soit par voie du journal, où, si cela vous est possible, par lettre.

Mme D.

Réponse.

La circulaire 664 Ci/7 précise et limite les conditions d'application de la circulaire 564 Ci/7, pour les médecins des classes 1888 et plus anciennes, ou qui y sont ramenés par leurs charges de familles, susceptibles d'être affectés à leur résidence de temps de paix.

La mise en congé sans solde, par contre, est visée dans les circulaires 33.763 du 21 octobre 1917 et 14077 A 1/7 du 30 avril 1918, aux termes desquelles, les bénéficiaires éventuels doivent appartenir aux classes 1888 ou plus anciennes ou y être ramenés par six enfants vivants.

Cruautés que nous espérons injustifiées

Aux Armées le 12 novembre 1918.

Aujourd'hui que l'effondrement intégral de l'Allemagne vient poser d'urgence, aux esprits un peu étonnés, le problème de la démobilisation, il est plus d'un médecin, poilus du front, éloignés de leur foyer et de leur clientèle depuis bientôt cinq ans, qui envisagent avec anxiété le retour dans leur pays. C'est qu'ils redoutent de trouver fixé et installé à leur place, un confrère, qu'une administration, jusqu'au bout incohérente, dure aux uns, étrangement bienveillante pour les autres, laissa s'éterniser des mois et des mois aux mêmes lieux. Ce cher confrère venu pour assurer un plus ou moins vague service, ne tarda guère à faire la clientèle civile. Il vit celle-ci s'accroître démesurément ; quoi d'étonnant ? il était seul dans une localité ou autrefois exerçaient plusieurs médecins. Il s'enhardit, oublia qu'il était aussi mobilisé, mit sa plaque, ouvrit cabinet, fit venir son auto, prit enfin toutes dispositions pour supplanter ceux qui là-bas, n'avaient pour tout apanage

que les besognes ingrates et les dangers. Et aujourd'hui, ce nouveau profiteur de la guerre, ne cache plus son jeu, il émet froidement (allais-je dire cyniquement) la prétention de rester là où il s'est confortablement installé, sachant bien qu'une absence de cinq ans estompe le souvenir dans la mémoire d'une clientèle.

Dans sa réunion du 20 juin dernier, le groupe médical parlementaire, s'inquiétant déjà des agissements de certains médecins ainsi mobilisés, avait discuté des garanties à prendre à leur encontre. Des garanties d'ordre moral furent, je crois, envisagées, engagements d'honneur pour les médecins de ne pas s'installer aux lieux où ils furent mobilisés. Cet engagement leur a-t-il été demandé ? Et d'ailleurs, pourquoi se leurrer, alors que ceux qui jettent aujourd'hui le masque, sont ceux-là mêmes qui autrefois surent s'affranchir de toute règle déontologique ? Non, cette garantie ne saurait être suffisante ; il faut davantage en ce moment, où, selon l'expression éloquente tombée naguère de la tribune, la patrie doit se faire plus maternelle, plus douce, plus souriante encore, pour ses Grands soldats qui vont rentrer. Puisque le gouvernement, par une sage législation, a voulu sauvegarder les intérêts d'un grand nombre de ceux qu'il va démobiliser demain, qu'il nous protège nous aussi, médecins, poilus de l'avant, qui n'avons rien marchandé à la Patrie, et qu'il nous garde des entreprises de ceux qui, loin du danger, à l'arrière, surent se créer une situation qu'is prétendent maintenant exploiter contre nous. Alors, sans rancœur, sans amertume, nous pourrons rejoindre nos foyers. L.

Réponse

Nous espérons que vos craintes légitimes seront injustifiées et que le corps médical français ne comptera pas dans son sein ce genre de profiteurs de la guerre.

La mise en congé sans solde

La circulaire autorisant les médecins des classes 1888 et antérieures à demander leur mise en congé sans solde constitue-t-elle pour eux un *droit* ou une simple *faveur* à laquelle le ministre peut s'opposer pour une raison quelconque ? Dr F.

Réponse

Les textes officiels disent que les médecins des classes 1888 *pourront* et non, *devront*. Ce n'est donc pas un *droit*, mais une *possibilité*, à la réalisation de laquelle l'autorité se réserve d'opposer les *nécessités de service*. Nous agissons pour que cette opposition soit l'extrême rareté, toujours sérieusement motivée auprès du ministre.

LE LIVRE D'OR DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Mort au champ d'honneur.

Citation.

Renouit (Jean), aide-major de 2e classe au 210e régiment d'artillerie de campagne, s'est distingué d'une manière particulière au cours des combats de la région de Saint-Quentin du 29 septembre au 3 octobre, spécialement le 7 octobre, par son courage et son dévouement sous le feu ennemi. Fortement éprouvé par l'effet des obus toxiques, a continué son service, refusant à deux reprises son évacuation, malgré une forte fièvre et un épuisement presque complet. N'a quitté le groupe que gravement malade, est mort à son arrivée à l'ambulance.

Citation.

Le Directeur du Service de Santé dn XVIe Corps d'armée, cite à l'ordre du Service de Santé du XVIe C. A.

Descombins (Marius), médecin aide-major de 1re classe, ambulance 3/154.

Médecin dans un bataillon d'infanterie pendant 35 mois, d'un dévouement et d'un courage au-dessus de tout éloge, s'était fait remarquer particulièrement pendant les affaires du Bois-le-Prêtre (29 juillet 1915, 27 août 1915) (22 janvier 1916, 26 juillet 1916) et en dernier lieu pendant l'avance sur la Marne (juillet, août, septembre 1918.)

Le médecin-major Descombins exerçait avant la guerre à Montceau-les-Mines.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROBLÈMES D'APRÈS-GUERRE

La profession médicale et la Paix, Confrères, soyez unis ! !

De quoi demain sera-t-il fait ?

Ce demain, tout proche, encore que d'aucuns le situent à quelques six mois de distance, c'est pour nous, le jour où les médecins de complément, démobilisés en totalité, pourront reprendre leurs occupations normales et exercer leur art dans leurs clientèles respectives.

Que rencontreront-ils dans ces clientèles, profondément modifiées par près de cinq ans de guerre ?

En face de qui se trouveront-ils ?

Ces questions nous apparaissent comme primordiales. Et nous exhortons très énergiquement nos confrères à y réfléchir, afin de n'être pas pris au dépourvu, et de supputer la ligne de conduite qu'ils auront à tenir dans les conjonctures diverses que leur réserve l'exercice de la profession médicale de demain.

Une considération de première importance domine, selon nous, ces graves problèmes.

Le médecin français a été très durement éprouvé par la guerre.

Il y a d'abord le médecin des pays envahis, qui a tout perdu, sa situation, ses meubles, sa bibliothèque, ses instruments, sa maison aussi, qu'il en soit le locataire ou le propriétaire.

Puis, il y a le plus grand nombre des autres, réduits à la portion congrue d'une maigre solde, et qui ont dû, pour subvenir aux besoins de leur famille, puiser dans leurs économies et les épuiser ; tous ceux dont la clientèle s'est dispersée, et pour qui, à ce point de vue, tout est pour ainsi dire à refaire.

Car, qu'on ne s'y trompe pas, les profiteurs de la guerre ont été, parmi nous, pour ainsi dire inexistants et les nouveaux pauvres y sont infiniment plus nombreux que les nouveaux riches.

Fortuné ou besogneux, le médecin n'en devra pas moins, au même titre que tous les contribuables, acquitter sa part des lourds impôts que les nécessités du budget public, singulièrement grossi par les charges pesantes de la guerre, exigeront.

Ce qu'il ne faut pas, ce qui serait souverainement injuste, profondément révoltant, c'est que cette part d'impôt que le médecin aura à supporter légitimement comme contribuable, soit encore indirectement augmentée par des réductions de tarifs qui lui seraient plus ou moins imposées dans le régulier exercice de sa profession.

Nous avons tout lieu de penser que sur ce point préalable, l'accord ne pourra être qu'unanime entre les médecins de France.

Il était important de mettre en relief cette face du grand problème de l'après-guerre médicale, avant d'en examiner les autres.

Reprenons maintenant notre question : en face de qui le médecin va-t-il se trouver quand au lendemain de la signature de la paix, rendu à la vie civile, il se tiendra prêt à répondre aux appels du client ?

Tout d'abord, sans conteste possible, la catégorie qui occupera le plus son activité professionnelle, sera celle des innombrables invalides de la guerre : mutilés aux plaies fragiles, promptes à se rouvrir, intoxiqués des gaz, aux poumons délicats, aux cœurs surmenés, gastro-entéritiques, au tube digestif gravement compromis par les privations, les écarts de régime, les influences répétées d'une alimentation où les albumines animales auront tenu la plus large part, hystéro-traumatisés, névropathes, au système nerveux déséquilibré, tuberculeux enfin, dont notre confrère Hamant, de Cambo, a si magistralement exposé à maintes reprises, dans les colonnes du *Concours*, la genèse, si fréquente dans le milieu militaire, par les conceptions erronées d'une autorité qui a volontairement fermé les yeux, pour ne pas voir que la reprise ou le maintien dans le rang de bacillaires avérés mais encore curables, équivalait à un véritable désastre.

Or, derrière ces invalides de la guerre, que trouvera le médecin ? L'État.

L'État qui, par une loi sur les pensions, dont l'idée directrice est des plus louables et des plus justifiées, a décidé de prendre à sa charge le secours médico-pharmaceutique réclamé par tous ceux qui, à son service, ont été plus ou moins durement atteints dans leur vitalité, dans leur résistance organique, dans leur fonctionnement physiologique. Mais aussi, l'Etat qui n'aurait pas demandé mieux que de sou-

mettre cette si intéressante catégorie d'*ayants droit*, au régime de l'assistance médicale gratuite, et qui a dû, grâce à la ténacité des Doizy, des Pacaut, et de quelques autres parlementaires dévoués à la cause des praticiens, consentir à ce que les tarifs d'Assistance, envisagés tout d'abord dans le projet, fassent place à des tarifs spéciaux, élaborés d'un commun accord entre l'administration et les groupements corporatifs.

Non, la dette de reconnaissance que l'Etat a ainsi contractée, il ne faut pas que le Corps médical en supporte doublement le poids : au même titre que tous les citoyens d'abord, ce qui est justice ; et ensuite, sous forme d'une diminution sensible des légitimes honoraires auxquels il peut prétendre, ce qui serait, répétons-le, arbitraire et injuste.

C'est encore l'Etat que le médecin français trouvera en face de lui, dans les multiples objets qui constituent la préservation et la défense de la santé publique, ce que nous avons accoutumé de dénommer la *Médecine Sociale* : Hygiène générale, Prophylaxie, comme têtes de chapitre, et en sous-titres : lutte contre les maladies épidémiques, lutte contre la tuberculose et la syphilis, vaccinations (au pluriel), surveillance des enfants en bas-âge, inspection des écoles, etc., etc.

Dans toutes ces questions, d'importance primordiale, il ne faut pas que le médecin soit asservi par l'Etat, et soumis à une sorte de régime du bon plaisir. Il faut, au contraire, qu'il soit son associé, son Conseiller technique.

L'Etat ne doit pas oublier que le concours, librement consenti, des praticiens, lui est indispensable. Le praticien, de son côté, doit, comme le demande si souvent ici notre rédacteur en chef, le Dr Noir, oublier un particularisme étroit qui n'est plus de mise désormais, mais au contraire, se tenir prêt à collaborer utilement avec les pouvoirs publics pour l'organisation et le fonctionnement des divers services de la médecine sociale. Il y a là, pour le praticien, un devoir civique auquel il ne saurait songer à se soustraire. Mais dès lors qu'il en aura librement accepté le principe, il lui appartient de prendre ses dispositions pour imposer à l'Etat sa collaboration sous la forme d'une sorte d'association, mais non de la subir comme une servitude imposée et quelque peu dégradante.

Ceci étant, la politique du Corps médical doit, selon nous, être dominée par une règle dont la bonne observation nous apparaît comme une question de vie ou de mort, à savoir, l'*Union*.

Confrères, si vous voulez défendre utilement les intérêts généraux, infiniment respectables, de la corporation, en ce qu'ils n'ont rien de contraire à l'intérêt public bien compris, qu'il s'agisse de l'élaboration et de l'application des tarifs, aussi bien que de l'organisation et du bon fonctionnement de la médecine sociale, Confrères, *soyez et demeurez unis.*

(*A suivre.*)

L'indemnisation des médecins ruinés par la guerre.

Nous avons la victoire, les Boches ont capitulé sans conditions. ils payeront les dommages qu'ils ont occasionnés, on réparera les maisons détruites, etc. Tout cela est bien, mais les médecins qui ont dépensé pendant la guerre les économies qu'ils avaient pu faire, pour entretenir leur famille et qui, à 50 ans, se voient en demeure de refaire leur clientèle, n'ont-ils pas droit à une indemnité ? Il n'y a pas qu'eux qui aient subi un préjudice. c'est entendu ; que l'on indemnise tous ceux qui ont éprouvé des pertes d'argent.

Voilà une idée que vous pourriez toujours défendre dans votre excellent journal. Il est certain que, si l'on ne réclame pas, personne ne viendra parler pour nous.

Nos confrères de la Chambre ne pourraient-ils pas y songer ? Et le plus tôt est le mieux ! Les Boches nous ont attaqués, il est élémentaire qu'ils payent.

Avec mes remerciements, je vous prie d'agréer mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr S.

Nécessité d'assurer lors de la démobilisation aux officiers de complément (et parmi eux aux médecins), un pécule pour leur permettre de vivre en attendant la découverte d'une position nouvelle.

Ne serait-il pas juste d'examiner quelle va être la situation des officiers de complément et particulièrement celle des médecins au jour prochain de la démobilisation ?

On a constitué un pécule pour les soldats. C'est une idée heureuse et qui permettra à quelques-uns de ces vaillants, aux plus malheureux surtout, de vivre pendant quelques jours dès leur retour au foyer.

Mais il me semble que la situation d'un grand nombre d'officiers chargés de famille, n'en sera pas moins critique.

Beaucoup d'entre eux n'ont que leur solde pour subvenir aux besoins des leurs. Or, du jour au lendemain, brutalement, l'officier peut être mis en congé sans solde ou démobilisé, sa solde est liquidée et il se trouve livré aux hasards de la vie, sans un sou vaillant devant lui. Ne jugez-vous pas que la question mérite d'être examinée et que l'on pourrait donner à tous les militaires démobilisés, quel que soit leur grade, une indemnité basée sur le temps de service ou la situation de famille ? Combien ils seraient heureux de pouvoir compter sur un petit pécule, leur permettant de faire face aux premiers besoins de leur famille, dès leur retour.

Je me permets de suggérer cette idée par la voie du *Concours Médical*, qui pourrait utilement peut-être, en saisir le Groupe parlementaire médical de la Chambre.

Veuillez agréer, etc.

Dr S.

LA VIE SYNDICALE

L'Assistance médicale gratuite dans le Morbihan.

Mon cher confrère,

Je lis à la page 885, du dernier numéro du *Concours médical* un petit article du Dr D. (que je regrette de ne pas connaître) ; aussi j'ai recours au *Concours* pour transmettre ma réponse.

M. D. dit que les médecins des bureaux de bienfaisance, dans son département, perçoivent en dehors des émoluments de ces derniers, des honoraires pour chaque réfugié soigné, au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Il n'en est pas de même dans le Morbihan et en particulier à Lorient : depuis le commencement de la guerre, les réfugiés y ont été soignés par les médecins du bureau de bienfaisance sans que le tarif d'avant-guerre ait été changé, soit 600 fr. par an, 50 par mois. A la campagne, et dans les villes de moins de 10.000 habitants, (où il n'y a pas de bureau de bienfaisance), il n'en est pas de même, les tarifs ordinaires de l'Assistance médicale gratuite sont appliqués aux réfugiés.

Ce n'est que depuis le mois de juillet que le Conseil d'administration du bureau de bienfaisance de Lorient a bien voulu élever le traitement annuel de 600 fr. à 900 fr.

Je suis depuis trois ans médecin du bureau en remplacement d'un confrère mobilisé, et je n'ai jamais touché aucun honoraire en supplément d'un réfugié, quand je les soignais sur réquisition du bureau susdit (remplaçant le billet de visite à la mairie).

Dr DE CHAMPEAUX.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort du Dr CHAUTEMPS, sénateur de la Savoie, médecin principal de territoriale, organisateur de l'Hôpital du Panthéon à Paris. Le Dr Chautemps, qui fut ministre des colonies, après avoir exercé comme simple praticien à Paris, a donné en diverses circonstances son appui aux justes revendications des Syndicats médicaux ; nous devons le rappeler aujourd'hui et adresser à sa famille si éprouvée par la mort au champ d'honneur de deux de ses fils, nos sincères condoléances.

NOUVELLES

M. Clémenceau président d'honneur de l'A. G.

Le Conseil général de l'*Association générale des médecins de France* avait offert, comme nous l'avons annoncé, le titre de Président d'honneur à M. le Dr G. Clémenceau, l'organisateur de la Victoire. Le Président du Conseil a répondu par la lettre suivante :

Paris, le 23 novembre 1918.

A Monsieur le Président de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène, Paris (8e).

Monsieur le Président,

Je me sens grandement honoré par la motion qu'a votée l'Association générale des médecins de France et j'accepte volontiers le titre qu'elle veut bien m'offrir.

Je vous en exprime ainsi qu'à tous vos confrères mes plus vifs remerciements. Si depuis longtemps je ne suis le vôtre que de nom, je ne m'en intéresse pas moins à vos travaux, utiles entre tous.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

G. CLEMENCEAU.

Le Congrès interallié d'hygiène sociale pour la reconstitution des Régions dévastées par la guerre, organisé par le *Comité national* avec l'appui et sous le patronage du Gouvernement français, se tiendra à Paris, du 22 au 27 avril 1919, sous la présidence de Monsieur le docteur H. Doizy, député des Ardennes, président de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des députés.

Ses différentes sections sont présidées par : MM. le professeur Chantemesse, le comte Clary, A. Colmet d'Aage, le général Cottez, le professeur Gide, le sénateur Herriot, Hébrard de Villeneuve, Lapie, le professeur Langlois, le professeur Letulle, le professeur Méry, le professeur Pinard, le docteur Paul Regnard.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Sicard de Plauzoles, directeur général du Congrès, 1, rue Taitbout.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNÉE 1918

Cette table contient sept parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Accidents du travail (table analytique). — IV. Partie Médico-Militaire (la Guerre). — V. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — VI. Jurisprudence médicale. — VII. Petite correspondance.

I

Partie Scientifique

A

Abcès. Traitement des — cérébraux par autc-vaccin, 57.
Acétone. Acétonémie. Syndrome — émique chez les enfants, 806.
Achlorhydrie. — non néoplasique, 202.
Acné. L' —, 165.
Addison (maladie d'). Adisson nisme. — isme de guerre, 202 ; maladie d' — et goitre exophtalmique, 349 ; la pression artérielle dans la —, 1000.
Adrénaline. Empoisonnement par l' — 153 ; l' — : posologie, indications, 309 ; l'épreuve de l' — dans l'appréciation de la résistance cardiaque, 806.
Alarmiste. Etude médico-légale des — s, 635.
Albuminurie. L'—, 729 ; l' — son régime, 957.
Aliment. Aliment aire. Hygiène — aire : tomates et confitures salicylées, 903.
Anaphylaxie. Action coagulante du sérum de lapin en période d' —, 153.
Anémi e. Anémi que. Le traitement général des — es, 450.
Anesthési e. Anesthési que. L' — e discontinue, 349 ; — e rachidienne locale, 585 ; Quel — que employer en clientèle, 996.
Anévrysme. — artério-veineux de la fémorale, 57 ; — et insuffisance aortique traumatiques chez un syphilitique, 679 ; — de l'aorte chez une fillette de treize ans, 806.
Angine. — s à bacilles courts, 202 ; le siphon d'eau de seltz dans les — s graves, 538 ; l' — de Vincent, 724.
Anthracose. L' — pulmonaire physiologique, 811.
Antisep tie. Antisepti ques. — tiques réguliers et irréguliers, 12.
Aphasie. — e motrice commotionnelle, 490.
Arsenic. Arsenic al. Intoxication — ale par arsénobenzothérapie, 585.
Arsénothérapie. — intra-veineuse et abolition du reflexe achilléen, 948.
Asystoli e. Asystoli que. L'azotémie des — ques, 349.
Azotémie. L' — des asystoliques, 349.

B

Blennorrhagie. Traitement de la —, 305 ; numération des gonocoques au cours de la — aiguë, 538.
Blessure de guerre. Syndrome thalamique consécutif à une —, 538 ; le travail agricole, comme cure des séquelles de —, 899.
Bouton d'huile. Le — des tourneurs d'obus, 635.
Brûlure. Traitement des — s par les pansements paraffinés, 253 ; les douches d'air chaud contre les — s par ypérite, 899.

C

Calcul. Diverticule vésical contenant onze — s, 57.
Cancer. — primitif du foie, 349 ; lithiase et — du rein, 390 ; magnésie et —, 585 ; — primitif du poumon, 585 ; le — et la guerre, 855 ; contre-indication de la radiothérapie dans le — de la peau, 855.
Cardiaque. L'aptitude militaire des — s, 806, 948 ; le syndrome rénal à forme hydropigène chez les — s, 1091.
Carrel (méthode de). Appareil auto-déverseur dans la —, 899.
Cascarine. La — et sa valeur thérapeutique, 394.
Causalgie. Traitement de la — du médian par ligature au catgut, 806.
Céphalo-rachidien (liquide). L'élimination de l'alcool du liquide —, 538 ; la réaction de Bordet-Wassermann du — des paralytiques généraux, 679 ; la formule — ne des commotions nerveuses, 724.
Champignons. L'empoisonnement par les —, 855.
Chancre. Diagnostic du — syphilitique, 485.
Chéloïde. Traitement des — s par l'huile creosotée, 253.
Chirurgie. Chirurgi cal. — e d'armée, l'Ambulance « Océan » de La Panne, 293 ; — e des membres, 341 ; — e de l'estomac, 388 ; — e esthétique pour nez disgracieux, 446 ; — e des voies urinaires, 532 ; l'avion radio- — cal, 899.
Chloro se. — bacillose, 114.
Circulat ion. Circulat oire. Migration des corps étrangers dans le courant — oire, 855.
Cœur. Survie du — chez les vertébrés, 585.
Commotion. Troubles sphinctériens dans les — s de guerre, 538 ; l'émotion et la —, 899.
Confusion mentale, La — de guerre, 12.
Coqueluche. L'automobile dans le traitement de la —, 109 ; vaccin fluoruré contre la — 254.
Corps caverneux. Priapisme à la suite de la rupture du —, 57.

Corps étrangers — intra-bronchique.538 ; — intra-oculaires par les plaies de guerre, 679 ; Migration des — dans le courant circulatoire, 855.
Cou. Diagnostic des tumeurs du —, 942.
Cranioplastie. Seize cas de —, 57,; —, 153.
Crayon de couleur. Formule d'un —, 811.
Cyanamide. La — et les boissons alcoolisées, 899.

D

Dépopulation. La — en France, 57.
Dermatose. Traitement des — s parasitaires par la sulfuration, 253 ; accidents de — dus à la Piéride des choux, 492, 585.
Diabèt e. Diabét ique. Le — ique et son — e, 773; le — ique et son regime, 909.
Dial. Un hypnagogue, le —, 546 ; le — associé au chlorure de Ca, 596 ; action soporifique et sédative du — chez les blessés de guerre, 855.
Diarrhé e. Diarrhé ique. Le goyavier anti — ique, 496.
Diététique. — : l'hélianthi, légume comestible, 496.
Diphtér ie. Diphtér ique. Culture du bacille — ique par la méthode de Martin Loiseau, 12 : paralysie — ique avec réaction méningée, 12 ; le liquide céphalo-rachidien dans les paralysies — iques, 390.
Dynamomètre. Un — buccal, 899.
Dyspep sie. Dyspep tique. La — sie surrénale, 57 ; la — sie des rapatriés, 585 ; pathologie et traitement des — sies, 990, 1037.

E

Eléphantiasis. Traitement de l' —, 490.
Emétine. Erythème consécutif aux injections d' —, 390.
Emotions. L' — et la commotion, 899.
Empoisonnement. Thérapeutique de l' — par les champignons, 861.
Encéphal e. Encéphal ite. L' — ite léthargique épidémique, 585, 763, 859.
Endocard e. Endocard ite. — ite maligne à évolution lente, 349 ; — ite scarlatineuse, 948.
Engelure. Les — s, 213.
Entérite. Traitement de l' — par la salicaire, 202 ; la gastro- — infantile, 405.
Epidermomycose. — eczématoïde, 1091.
Epididym e. Epididym ite. — ite d'origine méningococcique, 446 ; orchi — ite typhique et paratyphique. 635.
Epithéliom a. Epithélioma tose. — tose des goudronniers, 1000 ; — de l'anus, 1085.
Equitation Conseils sur l' —, 811.
Erythrémie. Deux cas d' —, 153.
Estomac. La chirurgie de l' —, 388.
Etain. Traitement de la furonculose par l' — colloïdal, 57 ; action de l' — sur la fièvre tuberculeuse, 153.

F

Foie. Cancer primitif du —, 349 ; séméiologie physique et chimique du —, 848, 894.
Fractures. Traitement des — de guerre par les appareils de Miss Gassett, 806.
Froidure. Tétanos et — des pieds, 57.
Furonc le Furonc ulose. Traitement de la — ulose par l'étain colloïdal, 57.

G

Gale. Fréquence actuelle de la —, 153.
Gastri que. Gastri te. Pouvoir digestif du suc —, que, 253 ; — tes aiguës consécutives aux intoxications par — gaz, 349.
Gastro-intestinal. Traitement de l'atonie — e par les solutions salines, 763.
Gaz asphyxiants. Les secours aux blessés par — 105 ; gastrites aiguës par les —, 349 ; le syndrome cardio-vasculaire dans l'intoxication par les —, 390.
Goitre Le — exophtalmique des combattants, 57 ; maladie d'Addison et — exophtalmique, 349.
Gonoco que. Gonoco ccie. Traitement général de la — ccie, 12 ; traitement des — ccies par un vaccin nouveau, 948.
Grippe. La — espagnole, 633, 635, 946, 948 ; troubles cardio-vasculaires et surrénaux dans la — actuelle, 1000 ; traitement de la — infectieuse par le quinquina complet, 1000; que pouvons-nous contre la —, 1053.
Guipsine. La —, 499.

H

Hanche. Résection de la —, 899.
Helminth e. Helminth iase. Une réaction urinaire signe d'—, 353.
Hématémèse . — mortelle par syphilis gastrique, 635.
Hémoglobinurie. — paroxystique, 490.
Hémoptysie. Les — lointaines ch z les blessés du thorax, 948.
Hémorrag ie. Hémorrag ique. Les — ies en chirurgie de guerre, 196 ; les — méningées en pathologie de guerre, 679.
Hémost ase. Hémost atique. Essais d'— ase opératoire sans ligatures, 19.
Hernie. Dissection et résection incomplètes du sac dans certaines — scrotales volumineuses, 257 ; les — s inguinales, 629.
Hygiène. — du vêtement : les chaussures à hauts talons, leurs méfaits, 57 ; l' — du travail dans la zone de l'avant, 113 ; — alimentaire : la méthode chimique d'appréciation de la valeur potable des eaux, 490 ; — alimentaire : le pain, 591, 679 ; — vestimentaire : l'imperméabilite des capotes de soldats, 726 ; — du soldat au cantonnement, 952.
Hypochondri e. Hypochondri aque. Médecins victimes d'— aq es, 855.
Hypophy se. Hypophy saire. L'extrait — aire dans les paralysies intestinales, 301.
Hypothermie. — chez les militaires, 202.
Hystéri e. Hystéri que. L'— e larvée des gens de guerre, 437.

I

Ictère. — à spirochète associé à une syphilis en évolution. 153.
Infect ion. Infect ieux. Les maladies — ieuses dans l'armée, 635.
Injection. — s intra-veineuses de produits insolubles, 349 ; — s intra-veineuses d'iodure de potassium. 538
Insuffisance aortique. Le siège du souffle de l'— 1091.
Iode. Incompatibilité de l'— 353.

K

Kala-azar. Le — infantile en France, 679.
Kinésithérapie. — thérapeutique par les mouvements, 53, 101.
Kyste. — hydatique du cæcum simulant une appendicite, 806.

L

Leucémie. Traitement des — s par le benzol, 635.
Lipoïodine. La —. 354.
Lithias e. Lithias ique. La — e biliaire, 453.
Luxation. Traitement des — s congénitales de la hanche, 585, 763.

M

Maladies contagieuses. Prophylaxie mécanique des —, 1046 ; Rôle de l'air expiré dans la transmission des —. 1046 ; influence de l'âge sur la fréquence des — dans l'armée, 1046.
Mastoïde. Mastoïd ite. Mastoïd ien. La méthode de Carrel et les trépanations — iennes, 635 ; traitement post-opératoire des évidés pétro-— iens. 1046.
Médicament. Les hautes et les faibles doses — euses, 899.
Médication. La — antiphlogistique moderne, 57.
Méning ite. Méning é. La — ite cérébro-spinale dans la zone des armées, 349 ; traitement de la — tuberculeuse, 446 ; les hémorragies — ées en pathologie de guerre, 679 ; hémiplégie par — ite tuberculeuse, 724 ; recherches tardives dans la — ite cérébro-spinale, 948 ; — ites et septicémies à paraméningocoques, 948.
Méningoco que. méningoco ccique. — que et para — oque, 202 ; fièvre intermittente par septicémie — ccique, 202.
Moustiques. La lutte contre les — dans les Alpes-Maritimes, 1091.
Mutilé. La reprise du travail chez les — s, 855.
Mycose . Les — s, 357.

N

Neurasthénie. La — de guerre et son traitement, 209.
Nez Nas al. Irrigations — o-pharyngées, 685.

O

Obès e. Obés ité. Coxa vara et — ité, 490.
Œdème. — s chlorydrémique en dehors des néphrites, 806.
Œsophage. Rétrécissements graves cicatriciels de l' —, 635.
Œuf. La toxicité des — s ; inspection sanitaire des — s ; 446.
Oreille. Dissolvant polyvalent des bouchons d' —, 62.
Oreillons. Un cas de féminisme après les —, 153 ; un cas de simulation des —, 806 ; sur les —, 1000.
Ostéosynthèse. L' — en chirurgie de guerre, 153.

P

Palud isme. Palud éen. Traitement du — aigu et du — chronique (cachexie palustre), 6 ; diagnostic du —, 541 ; l'hémiplégie — éenne, 585 ; l'alun dans le — isme, 635 ; traitement du — isme, 724 ; prophylaxie du — isme, 763.
Paraly sies. Paraly tiques. L'extrait hypophysaire dans le traitement des — sies intestinales, 301 ; le liquide céphalo-rachidien dans les — sies diphtériques, 390 ; la réforme des — tiques généraux, 970.
Paratyph ique. Paratyph oïde. Vitalité du — ique B dans les coquillages, 253 ; la néphro — oïde, 446.
Péritonite. La — syphilitique, cause d'ascite dans les cirrhoses du foie, 1000.
Périodes critiques — et âges de transitions, 1049.
Peur. Comment guérir de la —, 592.
Pharmac ie Pharmac eutique. La réglementation des spécialités — eutiques, 202.
Physiothérapie La — au Val-de-Grâce, 670.
Plaies. Plaies de guerre Méthode de Vincent dans les — 72 ; le streptocoque et la suture des — 57 ; bactériologie des — 390 ; les lois de la cicatrisation des — cutanées, 635
Pleurésie. — purulente surabondante chez un tuberculeux, 1042.
Pneumonie. — des nourrissons, 724.
Pneumothorax. — et tuberculose, 148.
Poumon. Le ballonnement aigu des — s, 446 ; cancer primitif du —, 585.
Priapisme. — à la suite de rupture du corps caverneux, 57.
Projectiles. Le compas Némirosky pour la localisation des —, 57 ; — du médiastin et du poumon, 57 ; extraction d'un — (balle) du cœur, 301, 393 ; trajet curieux d'un fragment de — 490 ; repérage en profondeur des — au moyen d'un nouveau localisateur radioscopique, 768 ; l'extraction des — en lumière rouge sous le contrôle radioscopique, 899.
Prophylaxie. — mécanique des maladies contagieuses, 1046.
Psoriasis. Traitement du — par les injections de soufre pur, 57.
Psycho névroses. Les — convulsives, 948.
Pylor e Pylor ique. Incontinence — ique, 855.

Q

Queue de cheval. Lésion de la — par projectile de guerre, 806.
Quinine. Sur l'ingestion de la — 109.

R

Radio scopie. Radio thérapie. Contre-indication de la — thérapie dans le cancer de la peau, 855
Rage. Nature du virus de la —, 679.
Rein. Lithiase et cancer du —, 399 ; blessures des — et des uretères par projectiles de guerre, 679.
Résection. Deux cas de — de la hanche, 301.
Résyl. Le —, 1095.
Rhumatisme. Le — articulaire, 501, 549.
Rougeole. Erythème provoqué comme moyen de diagnostic précoce de la — 349 ; pouvoir préventif du sérum de convalescent dans la —, 764.
Rubéole. La — aux armées, 763.

S

Sang Transfusion sanguine du — citraté, 490.
Scarlatine. Manifestations cardiaques dans la — 635.
Sciatique. La —, 597.
Sérum. A propos des — s, 724.
Shock Le — traumatique, 763.
Sialophagie. — d'origine centrale, 724.
Sodoku. Un cas de —, 490 ; Le — ; constatation des spirochètes dans le sang, 1046.
Sol eil Sol aire. Valeur pronostique de la cure — — aire en chirurgie, 207.
Soufr e. Soufr é. Applications de l'huile — ée, 585.
Spirochè te. Spiroché tose. La — tose ictéro-hémorragique, 202 ; la — tose broncho-pulmonaire, 763, 855 ; la — broncho-pulmonaire de grippe ; séro-diagnostic de la — ictéro-hémorragique, 1091.
Spiroscop ie. Entraînement respiratoire par la — ie, 12.
Strepto coque. Strepto coccique. Strepto coccémie. Un cas de — coccémie, 253.

Syphili s. Syphilit ique. Un cas de réinfection — ique, 57 ; ictère à spirochète associé à une — s en évolution, 153 ; traitement de la — s, 246 ; le traitement d'attaque de la — s par le mercure, 446 ; diagnostic du chancre — ique, 485 ; hématémèse mortelle par — s gastrique, 635 ; Anévrysme et insuffisance aortiques traumatiques chez un — ique, 679.

T

Tachycardie. Etiologie des — s de guerre, 349, 349.
Tarsalgie. La — des adolescents, 581.
Tension artérielle. Technique de la —, 261.
Tétan os. Tétan ique. — os et froidure des pieds, 57 ; le — os cérébral, 203.
Thora x. Thora cique. L'entraînement respiratoire chez les blessés du — x, 679.
Trachée. Rupture de la — e par éclatement d'obus, 585.
Tubercule. Le — de Carabelli, 446.
Tuberculeux. Traitement de la méningite — se par les injections intra-rachidiennes d'eau stérilisée, 446 ; hémiplégie par méningite — se, 724 ; la lutte contre les —, 878 ; dépistage et assistance des — rapatriés, 1000.
Tumeur. Diagnostic des — du cou, 942.
Tuberculose. Pneumothorax et —, 148 ; les ferrugineux dans le traitement de la —, 258 ; — pulmonaire traumatique, 446 ; parésies douloureuses du plexus brachial par — du sommet, 490 ; les indications du traitement de la —, 757 ; à propos de la propagation de la —, 862 ; la lutte contre la —, 927, 1005.

Typhoïd e. Typhoïd ique. Vaccination anti- — ique, 12 ; fièvres mixtes — es et para- — es, 301 ; le lipo-vaccin anti- — ique, 724.
Typhus exanthém atique. Le — à Paris, 301.

U

Ulcèr e. Ulcér ation. L' — e variqueux, 117.
Urémie. L'— des blessés de guerre, 1091.
Uretère. Blessures des reins et des — s par projectiles, 679.
Urèthre. Autoplasties de l' —, 635, 806.
Urine. Relation entre la tension superficielle des — s et leur toxicité, 542.
Urotropine. Injections intra-veineuses d' — dans quelques infections, 948.

V

Vaccin. Vaccin ation. Syndrome d'insuffisance surrénale par la — ation anti-typhoïdique, 490 ; à quel âge la — ation des nouveau-nés, 724 ; le lipo- — anti-typhoïdique, 744.
Végétal. Une réaction de défense chez les — aux, 761.
Veine. Les blessures de guerre de la — porte, 768.
Verge. Blessures de guerre de la — indépendantes du canal, 718.
Voies urinaires. Thérapeutique des maladies des —, 157 ; chirurgie des —, 532.

II

Partie Professionnelle

A

Accidents du travail. Compétence des tribunaux ordinaires dans le cas où le médecin n'a pas été choisi par le blessé —, 235 ; — : une question aux médecins membres de la Commission du Tarif Dubief, 478 ; nouveau jugement du tribunal de la Seine admettant le cumul dans les honoraires pour —, 525.
Assistance médicale gratuite — : application du tarif départemtenal, 93 ; tarifs kilométriques comparés d' — et de transport général, 167 ; il faut relever les tarifs de l' —, 380, 748 ; l' — en Saône-et-Loire, en Savoie, 884 ; — dans le Morbihan, 1113.
Assistance médicale de guerre. Un don généreux des médecins de Cuba à l' —, 847, 1084.
Association générale des médecins de France. L'Assemblée générale de l' — 484 ; —, 1078 ; Clemenceau, président d'honneur de l' —, 1113.
Automobil e. Automobil isme. Comment se procurer des pièces de rechange pour —, 26 ; L' — isme médical, 140, 286 ; la taxe — des médecins mobilisés, 224, 468 ; l' — des médecins et les formalités administratives, 964, 981 ; les — des médecins 1022.

C

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français. Assemblée générale de la —, 661, 798.
Charbon. Comment les médecins civils peuvent-ils se procurer du —, 72.
Clientèle médicale. La — : les médecins français en Alsace, 30 ; la cession de —, 977.
Corps médical. Le — doit se prémunir contre les dangers qui le menaçent, 263.

D

Dépopulation. A propos de la — ; salaire de maternité, 472 ; au sujet de la —, 838, 1058.

G

Groupe médical parlementaire. Réunion du — 710.

H

Honoraires. L'augmentation des — au Syndicat de Bordeaux, 92.
Hygièn e. Hygién ique. Des mesures — iques à prendre après la guerre, 1072.

L

Loi. — du 31 juillet 1917 sur l'impôt sur le revenu, 227 ; la — sur les pensions, 276 ; la — du 14 août 1918 sur les thermomètres, 885.

M

Médecine. L'exercice de la — dans les Ardennes, 1024.

Médecins. Les laissez-passer des — ruraux, 459 : des — français pour les malades français, 506 ; la démobilisation des —, 1024 : projet de *modus vivendi* entre clients et — après la guerre, 1027 ; cession gratuite aux — des régions envahies de l'arsenal chirurgical et du matériel en excédent à la démobilisation, 1076 ; l'indemnisation des démobilisés, 1112.
Mutualité Familiale. Réunion du Conseil de Direction de la —, 139, 419, 476, 707, 977.

N

Nécrologie. Lepage, 5, 99 ; Salmon, Gaucher, 148, 237 ; Grellety, Hue, 622 ; Pertat, Grasset, Jablonski, 662 ; Biot, Lebouré, 750 ; Thomas, 868 ; François Le Huérou, 915 ; Forfer, Allanche, 1012 ; Piétri, 1060 ; Renouit, 1108 ; Chautemps, 1113.

O

Ouvriers sursitaires. Les soins médicaux, aux — d'usine, 38, 87, 135, 188.

Patente. La — des maisons de santé, 189, 653.
Profession médicale. La — et la paix, 1111.
Propos du jour. Au seuil de l'année 1918 ; nos restrictions et les privations des autres ; le sort de la Pologne ; haut les cœurs ! 3 ; Nécessité de l'unité d'action syndicale ; évitons de suivre l'exemple des Soviets, 51; Notre secret professionnel ; quelques cas de conscience 52 ; le Dr Lepage, 99 : Une mission médicale urugayenne à Paris ; la générosité des médecins de l'Uruguay, 147 ; Les deux sons de cloche ou l'histoire de ceux à qui la guerre n'a encore rien appris, 195 ; La mission urugayenne au *Concours médical*, 243 ; Un changement de méthode désirable ; la nécessité de consulter les praticiens pour tout ce qui concerne la médecine, reconnue par un Ministre, 291 ; Salubrité publique et prophylaxie, 339 ; Le rôle actuel du médecin praticien, releveur de courage et résurrecteur d'énergie, 387 ; Une regrettable décision : la vente de la viande pour les malades traités à domicile pendant les périodes de restrictions, 435 ; Les Syndicats médicaux et l'après-guerre, 483 ; A propos de notre correspondance, 531 ; Méfions-nous des engouements : à propos de la cure de la tuberculose, 579 ; La lutte contre la tuberculose au Syndicat des médecins de la Seine, 627 ; La lutte contre la tuberculose, ce qu'elle doit être pour être efficace, 667 ; La lutte antituberculeuse : encore la déclaration obligatoire ; Désinfection et séquestration des tuberculeux, 715 ; Ne conviendrait-il pas de prendre des mesures pour rendre possible l'exercice de la médecine ? ; Essence et charbon, 755 ; Un dernier mot en réponse au *Caducée*, 803 ; La lutte antituberculeuse ; L'intervention américaine ; collaborons, 843 ; L'épidémie de grippe et la prophylaxie ; la nécessité de réglementer par une loi l'industrie du logement, 891 ; Aux confrères libérés des régions du Nord et de l'Est ; L'épidémie de grippe et la faillite de la prophylaxie administrative, 939 ; Après la signature de l'armistice : à la veille de la paix ; les problèmes de l'après-guerre ; la reconstitution des clientèles ; Toujours la grippe ; la singularité des mesures administratives : fermeture d'une école de médecine ; La campagne anti-tuberculeuse américaine dans notre pays, 987 ; Bel exemple de désintéressement et de solidarité, 990 ; La nécessité d'un office intersyndical de renseignements pour faciliter l'établissement des médecins dans les postes vacants, 1035 ; La générosité de la République de Cuba envers le Corps médical français. L'assistance confraternelle [aux médecins, victimes de la guerre. Un ministère de la Santé publique, 1084.

S

Secret professionnel. Le —, 42, 52, 88, 836, 1077.
Sou médical. Séances, 45.
Syndical. Syndicalisme. Nécessité de l'unité d'action —e, 51 ; l'organisation —e de la lutte contre la syphilis, 285.
Syndicats. Les — médicaux doivent être actifs et agissants, 72 ; l'augmentation des honoraires au — de Bordeaux, 92 ; nos maîtres et les —, 284 ; les dispensaires antisyphilitiques et les — médicaux, 327 ; l'organisation de la lutte antituberculeuse et les — médicaux, 517, 569, 614, 627, 654, 702, 747, 782, 827, 1077 ; l'A. M. G. et la Fédération des — médicaux de Maine-et-Loire, 658 ; le — des médecins de la Seine et la lutte antituberculeuse dans le département de la Seine, 787 ; la gratuité des soins médicaux aux réformes de la guerre et l'Union des —, 792 ; le — de la Seine et la déclaration obligatoire de la tuberculose, 982.

T

Tarif Dubief. A propos du —, 169, 746, 1029 ; le — et les médecins de campagne, 615, 883.

V

Variétés. La maladie dont mourut Pascal, 286 ; hodie minora canamus, 478 ; la révolution russe et l'effort des alliés, 659 ; la réorganisation de l'enseignement supérieur, 709 ; au sujet du dépeuplement, 838 ; le baptême des nouveau-nés, 886 ; le cafard, 934 ; prophylaxie efficace contre la grippe espagnole, 1078.

III

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Table analytique

La médecine sociale.

L'entente des syndicats médicaux et des syndicats ouvriers, 263, 264 ; comment on fabrique le pain, p. 381.

La dépopulation. — que penser d'un salaire de maternité, 472 ; au sujet du dépeuplement ; l'organisation de notre société actuelle incite à l'avortement, p. 838.

L'organisation de la lutte antituberculeuse et les syndicats médicaux 517, 568, 614, 668, 702, 715, 782, 827, 878, 927, 1077.

L'assistance médicale gratuite et les syndicats de Seine-et-Marne, du Maine-et-Loire et du Finistère, 573, 658, 748.

La gratuité des soins médicaux aux réformés de la guerre, 792.

Demandes et Offres (Suite)

Nº 129. — A céder contre légère indemnité poste chef-lieu canton agréable 16.000 frs. touchés avant la guerre. Clinique 8 quai du port, Marseille.

Nº 130. — Yonne. Cause décès très bonne clientèle de campagne à céder. Pays riche. Grande ligne Paris-Lyon. Rapport 20.000 frs. On cèderait également cabinet avec livres et instruments.

Nº 131. — Poitou. A céder bon poste campagne de médecin-pro-pharmacien. Pays riche, payant bien. Rapport actuel 20.000 frs. Vaste maison avec grand jardin, loyer 600 frs. Indemnité demandée 3.000 frs y compris pharmacie.

Nº 132. — A céder après décès bon cabinet médical dans chef-lieu canton près station balnéaire, rapport 10.000 frs. par an. Susceptible aug. Instruments à l'état de neuf. Bibliothèque médicale.

Nº 133. — Dans chef-lieu canton des Deux-Sèvres à céder pour raison de santé, bonne clientèle susceptible aug., rapport 12 à 14.000 frs. touchés. Fixes 1.500 frs. Seul médecin, un pharmacien. Pays de chasse et pêche.

Nº 134. — A céder de suite très belle clientèle de médecine générale sûre, facile et agréable dans sous-préfecture de l'ouest.

Nº 135. — On demande fleurets d'occasion en très bon état avec masque et plastrons. Dr Audoly, Beausoleil, Alpes Marit.

Nº 136. — On demande remplaçant très sérieux pour tenir importante clientèle jusqu'à cession.

Nº 137. — Cause décès très belle clientèle à céder à 3 heures de Paris. On désirerait interne.

Nº 138. — Sarthe. A céder excellent poste chef-lieu canton, maison à louer ou à vendre.

ABONNEMENTS :

Paiement des abonnements

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser par mandat le montant de leur abonnement, soit 12 fr. ; autant que possible joindre à l'envoi une bande du journal. (*On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste*).

Les bénéfices des Cies d'assurances pendant la guerre.

Les soins médicaux aux ouvriers d'usine en sursis d'appel.

Grâce à une circulaire du médecin-directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris du 25 ou 27 décembre 1916. (Voir *Conc. méd.*, décembre 1917, p. 1021 et 1065, les Cies d'assurances ont fait de gros bénéfices en faisant soigner dans les hôpitaux militaires les accidentés du travail, malgré une circulaire du Ministre des munitions du 16 octobre 1916, n° 7, 106. (Bullet. des usines, 8 janvier 1917), malgré un jugement du trib. civil Seine, 4 ou 6 janvier 1917 (*Le Journal*, 7 janv. 1917), et une circul. ministre de la guerre (*Le Journal*, 14 janv. 1917), page 38.

Les Cies d'assurances ont fait mobiliser dans des usines plusieurs médecins de Cies d'assurances qui usant de leurs galons envoyèrent à l'hôpital les accidentés du travail, qui par crainte d'être renvoyés aux armées, n'osaient invoquer le droit de choisir leur médecin, p. 87, 135, 188.

Compétence des tribunaux ordinaires dans le cas où le médecin n'a pas été choisi par le blessé. Cassation, 235.

Le forfait est incompatible avec le libre choix du médecin, qui est une garantie précieuse que le législateur a donnée au blessé ; comment partager la somme forfantaire entre le chirurgien qui a opéré, le médecin qui a fait des pansements, et l'électricien qui a électrisé les muscles atrophiés ? p. 478.

Le cumul.

Un juge de paix ayant nommé comme expert, un médecin attaché à une Cie de chemin de fer qui s'assure elle-même, et cela malgré la circulaire ministérielle, du 24 juin 1912, malgré la réponse faite à M. Gilbert-Laurent à l'*Officiel* du 21 février 1913, cet expert a refusé d'admettre le cumul malgré 2 jugements du tribunal de la Seine près duquel il est expert. Mais pour la 3e fois du tribunal de la Seine a annulé le jugement du juge de paix et accepté le cumul. Ce jugement prouve qu'il y a incompatibilité morale entre les fonctions d'expert, et celles de médecin attaché à une société industrielle s'assurant elle-même ; et explique les conseils et les craintes du garde des sceaux ; les juges de paix de Paris continueront-ils à refuser de respecter les circulaires ministérielles ? ? p. 525.

La progression géométrique et non arithmétique des accidents du travail, p. 572.

Le tarif Dubief, les médecins de campagne et la cherté de la vie, p. 615, 746, 883.

La nécessité de radiographier les accidentés du travail dans les expertises, et de ne pas s'en rapporter à la seule auscultation chez les sujets suspects de tuberculose, p. 175.

Tarif Dubief et massage, p. 53, 101.

IV

Partie Médico-Militaire

LA GUERRE

A

Affectations. — des R. A. T. à leur résidence du temps de paix, 69, 224, 272, 1023 ; — chacun à sa place, 171, 215, 408, 411, 600, 645, 730 ; — suivant l'âge à l'avant : 116, 214, 462 ; — des officiers du S. S., 275 ; — : les jeunes à l'avant, les vieux à l'arrière, 360 ; — : les toubibs bouchetrou, 363, 564 ; — suivant l'âge, 409, 456, 555, 651, 694, 701, 731, 739, 1103 ; — à l'intérieur, 410, 514, 691, 730, 733, 777, 1010, 1102 ; — des médecins auxiliaires rapatriés, 614, 642 ; — des médecins aux armées, 688, 870 ; — aux armées, 821 ; — Avancement, 822 ; — et soldes, 865 ; les — : la lettre qui tue.., 869 ; — : Réserve et territoriale, 874 ; — : roulement des médecins à l'avant, 915 ; 1101. — : et répartition des médecins, 965 ; — des médecins pères de 7 enfants, 1008 ; — des rapatriés, 1104.

Allocations. Les — des officiers permissionnaires du front, 877.

Aptitude. L' — à faire campagne des candidats aides-majors, 84, 327 ; — restreinte et inaptitude définitive, 118, 1058 ; comment être classé avec — restreinte, 458 ; La vision dans l'— physique, 823, 1055 ; l' — restreinte des chirurgiens, 910 ; l' — restreinte est-elle définitivement acquise, 912.

Assimilation. L' — des médecins militaires est une hérésie, 965, 1064, 1097.

Avancement. L' — des aides-majors de 1re cl. anciens de grade, 6, 79, 127, 367, 513 ; à propos de l' —, 267, 407, 741, 780 ; l' — des docteurs en médecine du service auxiliaire, 314, — et galons, 643 ; l' — des étudiants en médecine, 690 ; — posthume, 819 ; affectations, —, 822.

C

Circulaires. — 2818 sur la limite d'âge des médecins militaires, 187 ; — 664 Ci/7 sur les conditions de l'affectation à la médecine du temps de paix, 272 ; — 666 Ci/7 sur l'affectation des officiers du S. S., 274. — 5302 1/7 sur les nominations à titre définitif aux grades d'aide-major de 2e classe, 327 ; note ministérielle 2833 complémentaire de la — 1914 D sur les limites d'âge, 472 ; — 14.077 A 1/7 sur la mise en congé sans solde des médecins de la classe 1888, 472 ; — 724 Ci/7 sur l'affectation des officiers du S. S., 701 ; — 8554 D sur les hospitalisations prolongées, 745 ; — 17300 1/11 sur le rapprochement de leur domicile des hommes employés sur le territoire, 874 ; — du 20 août 1918 sur la procédure de la mise hors cadre des officiers de complément, 877 ; — 12079 D sur les réclamations, 917 ; — 8922 D du 20 août 1918 sur la mise hors cadre, 1018 ; — 40464 sur le recensement des aides-majors, 1021.

Compétences. — 69, 216.

Congé. — s de convalescence et permission de détente, 215 ; — sans solde des vieux R. A. T., 272 ; 1105 ; 1107. — de convalescence, 1010 ; les — s avec solde des médecins, 1055.

Conseil de revision. A propos des —, 1068.

D

Décret. — du 20 juillet 1918 sur les pharmaciens docteurs en médecine, 745 ; — du 14 août 1918

sur le tarif des indemnités des médecins civils requis, 877 ; — du 12 octobre 1918 sur la réduction des cadres, 1098.
Démission. Les officiers de complément peuvent-ils donner leur —, 224.
Démobilisation. La — des R. A. T. 1008 ; la — des engagés pour la durée de la guerre, 1102.

E

Etudiants. Les études médicales des — mobilisés, 29, 324, 359, 376, 514, 605, 741, 778 ; la hiérarchie des — 80. 184 ; les cours de perfectionnement des —, 268, 1071 ; les inscriptions des —. 271, 324, 416. 468, 471 ; une réclamation légitime d' — 606 ; réponse d'un —, 734 ; Situation militaire des — P. C. N. 819 ; Instruction du 26 mars 1918 sur la scolarité des —, 1016 ; les affectations des — 1021, 1070, 1071 ; les inscriptions de doctorat des — P. C. N., 1098.

G

Galons. A propos des — des médecins militaires 73, 127, 685 ; à propos des — : referendum, 269.

H

Hiérarchie. — 127, 407 ; la — des étudiants en médecine, 454.
Honoraires. Les — des médecins militaires, 80, 863 1071.
Hôpital. — : L'H. O. E., 415.

I

Inapt itude. Inapt e. Les médecins — es devant les nouvelles décisions ministérielles, 24 ; les médecins — es à faire campagne, 599 ; l' — itude définitive et la mise hors cadres, 689 ; l' — temporaire des médecins, 774.
Indemnité. L' — de cherté de vie dans les places méditerranéennes, 553 ; l' — de cherté de vie, 603.
Insigne des blessés. L' —, 1054.

L

Livre d'or du Corps médical. Citations et décorations. Quidet, Fournier, 46 ; Filliou-Roux, Quenot, Colard, 141 ; Junin, Bertier, Ferran, Arnoux, 190 ; Barot, de Fourmestraux, Verrier, Sauveplane, 238 ; Gabriault, Castel, Hardy, 334 ; Valensi, 382 ; Duprat, 478 ; Kopp, Ravon, Valençon, 692 ; Durand, Leconte, 736 ; Decourt, 780 ; Dédet, 824 ; Tournay, 916 ; Pecker, 964 ; Garlapeau, 1060 ; Renouit, Descombins 1108.
Loi. — du 27 juillet 1918 sur l'avancement des aides-majors inaptes, 745 ; — du 18 oct bre 1918 créant des officiers dentistes, 1022.

M

Mécontents. Les — ont-ils raison ?, 33, 74 ; un — qui ne nous comprend pas, 320 ; les — ont-ils toujours tort ?, 557.
Médaille des épidémies. Droit des médecins à la —, 468, 1024.
Médecine. — civile et — militaire, 319, 550 ; Démilitarisation de la —, 609 ; un docteur en —, soldat, n'a pas droit aux dispositions concernant les officiers, 776.
Médecins auxiliaires. Soldes et indemnités, avancement des — 224, 701 ; à propos de la solde des —, 268 ; les affectations des — 272, 779 ; les — du service auxiliaire, 315 ; — rapatriés comme sanitaires, 614 ; la solde des docteurs en médecine — du service auxiliaire, 775 ; la nomination des — S. X. docteurs en médecine, au grade d'aide-major, 817 ; tour de départ des — veufs avec enfants, 878 ; rapprochement de leur domicile des —, 878 ; les — du S. X. nommés aides-majors perdent leur statut d'auxiliaires, 958 ; étudiants —, 1022 ; les — du service auxiliaire peuvent-ils être envoyés aux armées, 1023 ; la mise en sursis des sous-aides-majors et des —, 1098.
Médecins de marine. Les — et la loi Mourier, 167.
Médecins mobilisés. Les — pères de famille nombreuses, 73, 262 ; — d'artillerie, 123 , les indemnités des — au service des populations civiles, 123, 1022 ; les —, 170 ; — : le médecin traitant, 176 ; — : le médecin du corps de troupe, 183 ; limite d'âge des —, 187 ; les — et la loi Mourier, 216 ; l'insigne spécial des —, 220 ; la taxe auto des —, 224 ; la protection de la clientèle des —, 372, 457, 461, 502, 602, 974 ; les revendications et les intérêts des —, 397 ; la solde des —, 402 ; les — et leurs fils mobilisés, 554 ; l'union des — contre l'administration, 601 ; doléances d'un — d'infanterie, 742 ; aide-mémoire du —, 918 ; nécessités d'un statut des —, 970 ; la reconstitution des clientèles des — 974 ; — : réserve et territoriale, 1010 ; la grippe et les —, 1015 ; les — pères de cinq enfants, 1057 ; les statuts des —, 1063 ; — honoraires et fonctions publiques, 1071.
Médecins R. A. T. Affectation des — à leur résidence du temps de paix ; 69, 375, 455, 646, 734 ; la relève des —, 70, 314, 913, 963 ; la démobilisation des —, 119, 367, 739, 866, 873, 1022 ; la mise en congé sans solde des — 214, 215, 262, 460, 503, 550, 641, 643, 775, 781, 911 ; à quel âge un — est-il vieux ?, 552 ; affectation à l'intérieur des —, 691, 778 ; les tribulations d'un — affecté à sa résidence, 731 ; les changements de résidence des — en congé illimité, 823 ; la franchise postale et les — mis en congé, 868 ; la mise hors-cadre des vieux —, 961 ; les vieux —, 969 ; les — de la classe 1889, 1011 ; nos —, 1067.
Mise hors cadre. Les visites des officiers et —, 1006, la — de la classe 1888, 1007.
Mutation. — et permutation, 133.

P

Patente. Les médecins mobilisés et la —, 1071.
Permissions agricoles. Les — aux officiers, 185, 324, 604.
Permissions de détente. Les — sont un droit, 1005 ; les indemnités des officiers en —, 1009, 1057.
Promotions. Les —, 1059.

Q

Questions et réponses militaires. 38, 84, 184 224, 272, 324, 375, 416, 472, 514, 568, 652, 701, 874, 926, 1016, 1070.

R

Radiation. La — des cadres et ses effets, 863 ; mise hors et — des cadres, 867 ; la nouvelle procédure de la — des cadres, 1018.
Referendum. Notre —, 397, 509.
Relève. A propos de la — des R. A. T., 70, 121, 122, 314, 376, 508, 913 ; — et la répartition des médecins, 610.
Roulement. A propos du — des médecins de bataillon, 1101.

S

Satisfaits. Encore des —, 23, 220 ; — : des compliments, des encouragements, 266, 315.
Services. — effectifs, 642.
Service de Santé. Les idées d'un médecin de l'avant sur le —, 169 ; il faut rajeunir les cadres du —, 311 ; une interview du Dr Doizy sur le —, 365 ; l'historique du — 558 ; la démilitarisation du —, 693, 872 ; mise hors cadre des officiers de complément du —, 818 ; une enquête sur le — durant la guerre, 1063.
Solde. — et indemnités, 776 ; les — s après quatre ans de service, 781, 873, 915, 1008 ; les faisant fonctions ont-ils droit à la — des titulaires, 820 1071 ; la — des médecins auxiliaires et des sous-aides-majors, 914 ; à propos de la —, 959 ; — de congés, 1105.

Spécialistes. Tour de départ des —, 927.
Sous-Secrétariat du Service de Santé. Au —, 175, 223 ; réponse du —, 367.

T

Tubercul eux. Tubercul ose. Les — à l'armée, 74, 175, 368, 463, 559, 928.

V

Visions de guerre. Une soirée à Galia ; le blessé roumain, 379 ; les automobiles sanitaires ; musique, 564.

Z

Zone des armées. L'Algérie est-elle —, 913.

V.

NOMS DES AUTEURS

B

Bénabu. Le vaccin anti-coquelucheux fluoruré, 254 ; un signe pathognomonique du paludisme, 541.
Béranger. Le médecin traitant, 276 ; dissection et résection incomplètes du sac dans quelques hernies scrotales volumineuses, 257 ; quelle anesthésie devons-nous employer désormais en clientèle, 996.
Bertillon. La gratuité des soins médicaux aux réformés de la guerre, 792.
Besnier. La cession gratuite aux médecins des régions envahies de l'arsenal chirurgical en excédent lors de la démobilisation, 1076.
Bourgeois. La patente des Maisons de Santé, 653.
Bousquet. Une visite à l'Ambulance « Océan » de la Panne, 293.

C

Castaigne. Pneumothorax et tuberculose, 148.
Cathelin Blessures de guerre de la verge indépendantes du canal, 718.
Champeaux (de). Médecine civile et médecine militaire, 319, 550, 687 ; un petit conseil pratique, 641 ; le relèvement de l'A. M. G. et des accidents du travail, 749, le baptême des nouveaux-nés, 886 ; des mesures hygiéniques à prendre après la guerre, 1072.
Chauffard. Séméiologie physique et chimique du foie, 848, 894.
Chevalot. A propos du tarif Dubief, 746.
Crouzel. Dissolvant polyvalent des bouchons de l'oreille, 62 ; des accidents causés par la piéride des choux, 492 ; tomates et confitures salicylées, 903.

D

Decourt. Il faut relever les tarifs de l'A. M. G., 380 ; le tarif Dubief et les médecins de campagne, 615, 883.
Delbet Les hernies inguinales, 629 ; diagnostic des tumeurs du cou, 942 ; l'épithélioma de l'anus, 1085.
Delmas. Que penser d'un salaire de maternité, 472.
Diverneresse. Les soins médicaux aux ouvriers d'usine, 38, 87, 135, 188 ; incompatibilité entre le forfait et le libre choix, 478 ; la progression géométrique des incapacités permanentes, 572.
Doizy. Interview sur la réorganisation du Service de Santé, 365.
Duchesne. L'hystérie larvée chez les gens de guerre, 437 ; pleurésie purulente surabondante chez les tuberculeux ; ouverture spontanée externe de la plèvre. Pleurotomie régulatrice, 1042.
Dumesny. Les impôts sur les revenus, 228.

F

François. La révolution russe et l'effort des alliés, 659.

G

Gassot. Le secret professionnel devant le public, 88 ; Les impôts sur les revenus, 227.
Gatineau. Compétence des tribunaux ordinaires dans le cas où le médecin n'a pas été choisi par le blessé, 235.
Gaucher. Traitement de la syphilis, 246 ; diagnostic du chancre syphilitique, 485.
Gilbert. Traitement du paludisme aigu et du paludisme chronique, 6.
Granjux. L'assimilation des grades des médecins militaires n'est pas une hérésie, 1064.

H

Hamant. Les tuberculeux à l'armée, 74, 368, 464, 559, 928.
Hartmann. Les hémorragies en chirurgie de guerre, 196.

K

Kirmisson. La tarsalgie des adolescents, 581.
Kopp. La clientèle médicale : les médecins français en Alsace, 30.
Kouindjy. La thérapeutique par les mouvements, 53, 101 ; la physiothérapie au Val-de-Grâce, 670

L

Lacroix. Leçons cliniques recueillies par —, *passim* ; à propos de la grippe espagnole, 632, 946 ; l'encéphalite léthargique, 859.
Legueu. Trois opérations génito-urinaires, 532 ; la spirochétose broncho-pulmonaire, 762.
Leredde. Les dispensaires anti-syphilitiques et les syndicats médicaux, 327.

M

Marchais. L'A. M. G. dans le Finistère, 658.
Maupetit. La lutte contre les tuberculeux, 878.
Meignant. L'Assistance médicale gratuite en Maine-et-Loire, 659.
Meslier. Les tuberculeux dans l'armée, 463.
Mignon. Démilitarisation de la médecine, 609, 805.
Molina. Une soirée à Galia : le blessé roumain, 379 ; les automobiles sanitaires ; musique, 564.
Molinéry. L'ulcère variqueux, 117 ; l'acné, 165 ; valeur pronostique de la cure solaire dans les affections chirurgicales 206 ; les engelures, 213 ; la technique de la tension artérielle, 261 ; l'adrénaline, 309 ; les mycoses, 357 ; la lithiase biliaire, 453 ; le rhumatisme articulaire, 501, 549 ; la sciatique, 597 ; l'albuminurique et son albuminurie, 729 ; une réaction de défense chez les végétaux (en collaboration avec Dufresnoy), 761 ; le diabétique et son diabète, 773, 909 ; l'empoisonnement par les champignons, 861 ; l'albuminurique et son régime, 957 ; contre la tuberculose, 1005 ; que pouvons-nous contre la grippe, 1053.

Mouchet. Quelques cas de chirurgie des membres 341.

N

Noir J. Voir : Partie professionnelle ; *Propos du jour* ; la maladie dont mourut Blaise Pascal, 286 ; un passage de St-Vincent-de-Paul à méditer, 805 ; un ministère de la santé publique, 1084.

R

Regnault. Le secret médical, 837.
Richaud. A propos du secret médical, 1077.
Rigal. Repérage des projectiles par la radioscopie, 768.
Robin. Les indications du traitement de la tuberculose, 757 ; pathologie et traitement des dyspepsies, 990, 1037.

S

Satre. Essais d'hémostase sans ligatures, 19 ; l'hygiène du travail à l'avant, 113 ; une réaction urinaire, signe d'helminthiase ; quelques incompatibilités de l'iode, 353 ; un légume avantageux pour le temps de guerre ; blanchiment rapide des cheveux chez les soldats ; le goyavier antidiarrhétique, 496 ; comment guérir de la peur, 592 ; dans l'armée Japonaise, 683 ; l'imperméabilité des capotes des soldats, 726 ; les blessures de guerre intéressant la veine porte, 768 ; l'anthracose pulmonaire d'origine intestinale ; formule d'un crayon de couleur ; l'équitation, 811 ; le bien-être de nos soldats au cantonnement, 952 ; le bien-être de nos soldats sur la ligne de feu, 1092.
Sorel. La réorganisation de l'enseignement supérieur, 709.

T

Tardieu. Irrigation naso-pharyngée, 685.

V

Veaubercey (de). L'automobilisme médical, 140, 237.
Vidal. La lutte contre la tuberculose, 927.

VI
Jurisprudence médicale

Accidents du travail. — *Compétence* : Cassation Ch. *civile, 2 février 1915 ; Tribunal du Commerce de* Marseille, 29 mars 1916 et 26 janvier 1917, 235. — *Honoraires* : T. C. Seine, 16 mars 1918 (admission du cumul), 525.

Assistance médicale gratuite : Conseil d'Etat, 23 *mai 1917 (application du Tarif départemental)*, 93.

Patente : Conseil d'Etat, 9 février 1917 (maison de santé), 189.

VII
Petite Correspondance

Accidents agricoles. — Tarif à appliquer, 575 ; responsabilité du patron, 816.

Accidents du travail. — Certificat final descriptif, 77 ; prix de la visite au Tarif Dubief, 470 ; assujettissement à la loi sur les —, 699 ; réduction de luxation du genou, 743 ; application du Tarif Dubief, 831.

Automobiles. — Comment se procurer l'essence ? 222 — (Voir aussi : **Impôts**).

Certificats. — Exemption du timbre pour certains —, 569.

Concours médical. — Remerciements au —, 422, 473.

Etudiants. — Dispenses aux — mobilisés, 191 ; cours d'enseignement pour les — mobilisés, 751.

Honoraires. — (Voir aussi : **Accidents du travail, Privilège**). — médico-légaux, opération autre que l'autopsie, 612.

Impôts. — Suppression de divers —, 173 ; patente et — sur le revenu, 274, 575 ; — sur le revenu, 473, 520, 678, 854 ; taxe sur les paiements, 520 taxe de luxe, 663, 976 ; contribution sur les bénéfices de guerre, 875 ; paiement des —, 1062.

Loyers. — Questions diverses sur les —, 566, 1062 ; prorogation des baux, 787.

Médecine. — Exercice de la — par des étrangers, 611.

Militaires (Questions —). — Mise hors cadres, 40 ; relève, 68 ; promotion au 2e galon, 95, 473 ; envoi à l'intérieur, 137, 318, 374 ; solde des prisonniers rapatriés, 164 ; situation des médecins auxiliaires, 173 ; inaptitude, 370 ; soins à la population civile, 414.

Patente. — (Voir ; **Impôts**).

Pharmacie. — Vente des spécialités, 274 ; exercice de la — par le médecin, 278, 929.

Privilège. — de dernière maladie, 569.

Sou Médical. — Paiement des cotisations, 318.

Substances vénéneuses. — Prescription des —, 77.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON (THIRON et FRANJOU, Successeurs).